

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Düsseldorf

§ 218
– Folgen der neuen Bestimmungen 1976 bis 1977 –

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Dagmar Strosek

1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Düsseldorf

§ 218
– Folgen der neuen Bestimmungen 1976 bis 1977 –



DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Dagmar Strosek

1979



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Düsseldorf.

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Reinauer

Referent
gez.: Prof. Dr. Trube-Becker

Korreferent
gez.: Prof. Dr. Böttger

Inhaltsverzeichnis

A. Einführung	1
B. Hauptteil	2
1. Die Bedeutung der Eltern	3
2. Die Eltern als Vorbild	4
3. Die Eltern als Partner	5
4. Die Eltern als Helfer	6
5. Die Eltern als Berater	7
6. Die Eltern als Richter	8
7. Die Eltern als Zeugen	9
8. Die Eltern als Helfer	10
9. Die Eltern als Berater	11
10. Die Eltern als Richter	12
11. Die Eltern als Zeugen	13
12. Die Eltern als Helfer	14
13. Die Eltern als Berater	15
14. Die Eltern als Richter	16
15. Die Eltern als Zeugen	17
16. Die Eltern als Helfer	18
17. Die Eltern als Berater	19
18. Die Eltern als Richter	20
19. Die Eltern als Zeugen	21
20. Die Eltern als Helfer	22
21. Die Eltern als Berater	23
22. Die Eltern als Richter	24
23. Die Eltern als Zeugen	25
24. Die Eltern als Helfer	26
25. Die Eltern als Berater	27
26. Die Eltern als Richter	28
27. Die Eltern als Zeugen	29
28. Die Eltern als Helfer	30
29. Die Eltern als Berater	31
30. Die Eltern als Richter	32
31. Die Eltern als Zeugen	33
32. Die Eltern als Helfer	34
33. Die Eltern als Berater	35
34. Die Eltern als Richter	36
35. Die Eltern als Zeugen	37
36. Die Eltern als Helfer	38
37. Die Eltern als Berater	39
38. Die Eltern als Richter	40
39. Die Eltern als Zeugen	41
40. Die Eltern als Helfer	42
41. Die Eltern als Berater	43
42. Die Eltern als Richter	44
43. Die Eltern als Zeugen	45
44. Die Eltern als Helfer	46
45. Die Eltern als Berater	47
46. Die Eltern als Richter	48
47. Die Eltern als Zeugen	49
48. Die Eltern als Helfer	50
49. Die Eltern als Berater	51
50. Die Eltern als Richter	52
51. Die Eltern als Zeugen	53
52. Die Eltern als Helfer	54
53. Die Eltern als Berater	55
54. Die Eltern als Richter	56
55. Die Eltern als Zeugen	57
56. Die Eltern als Helfer	58
57. Die Eltern als Berater	59
58. Die Eltern als Richter	60
59. Die Eltern als Zeugen	61
60. Die Eltern als Helfer	62
61. Die Eltern als Berater	63
62. Die Eltern als Richter	64
63. Die Eltern als Zeugen	65
64. Die Eltern als Helfer	66
65. Die Eltern als Berater	67
66. Die Eltern als Richter	68
67. Die Eltern als Zeugen	69
68. Die Eltern als Helfer	70
69. Die Eltern als Berater	71
70. Die Eltern als Richter	72
71. Die Eltern als Zeugen	73
72. Die Eltern als Helfer	74
73. Die Eltern als Berater	75
74. Die Eltern als Richter	76
75. Die Eltern als Zeugen	77
76. Die Eltern als Helfer	78
77. Die Eltern als Berater	79
78. Die Eltern als Richter	80
79. Die Eltern als Zeugen	81
80. Die Eltern als Helfer	82
81. Die Eltern als Berater	83
82. Die Eltern als Richter	84
83. Die Eltern als Zeugen	85
84. Die Eltern als Helfer	86
85. Die Eltern als Berater	87
86. Die Eltern als Richter	88
87. Die Eltern als Zeugen	89
88. Die Eltern als Helfer	90
89. Die Eltern als Berater	91
90. Die Eltern als Richter	92
91. Die Eltern als Zeugen	93
92. Die Eltern als Helfer	94
93. Die Eltern als Berater	95
94. Die Eltern als Richter	96
95. Die Eltern als Zeugen	97
96. Die Eltern als Helfer	98
97. Die Eltern als Berater	99
98. Die Eltern als Richter	100
99. Die Eltern als Zeugen	101
100. Die Eltern als Helfer	102

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. <u>Einleitung</u>	6
B. <u>Hauptteil</u>	
1. 21. 6. 1976 - das neue Gesetz tritt in Kraft	11
2. Vorgehen beim Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch	15
3. Die Beratungsstellen	19
4. Die Beratung	25
a. Schwangerschaftskonfliktberatung	25
b. Familienplanungsberatung	42
5. Das Risiko des Schwangerschaftsabbruches	49
6. Seelische Folgen nach dem Schwangerschaftsabbruch	55
7. Die Ärzteschaft und der § 218 in Neufassung	64
C. <u>Anhang</u>	74
Auszüge und Interpretationen zu den vorliegenden Statistiken des Statistischen Bundesamtes	
1. Gesamtergebnis, Regional- und Vorjahresvergleich	76
2. Alter und Familienstand	84
3. Begründung des Abbruchs	87
4. Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft	92
5. Art des Eingriffs	95
6. Komplikationen	95
7. Postoperativer Aufenthalt	99

	Seite
D. <u>Zusammenfassende Erörterungen</u>	101
E. <u>Literaturverzeichnis</u>	110

Definition des Schwangerschaftsabbruches

Legale, d.h. im Rahmen und unter Einhaltung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen durchgeführte vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft durch medikamentösen, instrumentellen oder kombiniert fachgerechten, d.h. entsprechend den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft von einem Arzt unter entsprechenden Voraussetzungen ausgeführter Eingriff.

(Pro familia)

Embryo in der 10. Schwangerschaftswoche



Embryo in der 20. Schwangerschaftswoche



A. Einleitung

Der Schwangerschaftsabbruch aus staatspolitischen Gründen, also z.B. als Mittel der Bevölkerungsplanung, wurde bereits von Platon (427 bis 347 v. Chr.) und Aristoteles (384 bis 322 v. Chr.) für zulässig erklärt. Das Abtreibungsverbot unter Strafandrohung kannte in vorchristlicher Zeit weder der Orient noch die Griechen. Im Römischen Reich wurde dann erstmalig, unter anderem auch wegen zunehmender Kinderlosigkeit der oberen Schichten, die Abtreibung unter Strafe gestellt. (Runte/1978)

Unter dem Einfluß des Christentums erscheint das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung, d.h. der Tötung ungeborenen Lebens, unter ethischem Gesichtspunkt.

Menschliches Leben ist von seiner Entstehung d.h. von seiner Empfängnis an, kraft eigenen Rechts unantastbar. Abtreibung und Tötung des Kindes sind, wie das Zweite Vatikanische Konzil sagt, "verabscheuungswürdige Verbrechen. Abtreibung ist keine Befreiung, sondern eine der brutalsten Formen der Herrschaft des Menschen über den Menschen." (Kirche in der Welt, Band 51)

Zur Kernfrage, ob das ungeborene Leben von geringerer Qualität ist als das geborene, hat unter anderem Büchner (1972) dargelegt, daß mit der Verschmelzung der Keimzellen, also der Empfängnis " die Entwicklung eines neuen menschlichen Individuums ", d.h. " eine vorher noch nie dagewesene Neuschöpfung " beginnt. (Büchner/73) Die Ansicht, daß nach der Empfängnis nur " gespensterhaft " anmutendes, " strömenden Geweben vergleichbares Keimmateriale " vorhanden sei, (Medico - theologische Anmerkungen/1964) weist Büchner als " durch nichts zu begründen " scharf zurück. Es gibt keinen fließenden Übergang zwischen Nichtleben und Leben, zwischen Nicht-Individuum und Individuum, zwischen nichtmenschlichem und menschlichem Leben. (Degenhard/1971) Herbert Vorgrimmler schreibt mit Recht:

" Zum Mord im strengen Sinne gehören Raubmord, Lustmord, Rache-mord, Kindsmord, politischer Mord, Selbstmord, aber auch die inten-dierte Tötung bei Abtreibung und Euthanasie (Lexikon für Theologie). Ein qualitativer Unterschied zwischen geborenem und ungeborenem Leben besteht nicht. Kein Biologe wird anerkennen, daß ein Kind einen Tag vor seiner Geburt ein " Noch - nicht - Mensch ", d.h. ein qualita-tiv anderes Wesen als nach seiner Geburt sein kann (Büchner/1973).

" Der Mensch ist " Person ", vom Augenblick seiner Zeugung an. Person ist die Fähigkeit zum Selbstbesitz und zur Selbstverantwortung; zum Leben in der Wahrheit und der sittlichen Ordnung. Sie ist nicht psychologischer, sondern existentieller Natur. Grundsätzlich hängt sie weder am Alter, noch am körperlich - seelischen Zustand, noch an der Begabung, sondern an der geistigen Seele, die in jedem Men-schen ist. Die Persönlichkeit kann unbewußt sein, wie beim Schlafenden, trotzdem ist sie da und muß beachtet werden. Sie kann unentfaltet sein wie beim Kind, trotzdem beansprucht sie bereits den sittlichen Schutz. Sie kann verborgen sein wie beim Embryo, ist in ihm aber bereits an-gelegt und hat ihr Recht.

Die Persönlichkeit gibt dem Menschen seine Würde. Wird aber darauf eingewandt, wie denn die ersten Entwicklungsstadien schon das geistige Gewicht der Menschenwürde tragen kann, so muß man wiederum ant-worten, das sei Materialismus, quantitatives Denken an Stelle eines echten qualitativen. Denn schon die ersten Zellen enthalten die ganze Ordnungsmächtigkeit des späteren Lebens, die Möglichkeit all jener Formen, welche nicht nur im Laufe der embryonalen, sondern auch in der auf die Geburt folgenden Entwicklung durch Kindheit, Reife und Verfall hin hervortreten. Damit aus der Menge zwei die Menge fünf werde, muß man drei hinzufügen, sonst bleibt sie eben zwei. Damit aber aus dem Erststadium des Organismus die späteren werden, be-darf es keiner Hinzufügung, sondern einer Entfaltung; potentiell ist es bereits alles Folgende.

Wer folgerichtig denkt, kann also nicht anders als sagen: der Mensch ist vom ersten Augenblick seiner Entwicklung, d.h. von der Vereinigung der Elternzellen ein wirklicher und echter Mensch. Infolgedessen stehen sämtliche Stadien seines Werdens unter den Normen, die für den Menschen gelten. Ja man darf noch eindringlicher sagen: Ob jemand durch die Tatsache, daß die äußere Menschlichähnlichkeit des Embryos nach rückwärts hin immer mehr abnimmt, sich veranlaßt fühlt, diesen nicht mehr als Menschen zu betrachten, oder aber aus der Wachsamkeit des Gewissens heraus seine noch verhüllte Menschlichkeit schützt - daran zeigt sich die eigentliche sittliche Reife " (Guardini /1977).

Ein Wort der Kirche noch zu der oft verlauteten Parole: " Mein Bauch gehört mir ". Guardini sagt dazu: Es wird immer wieder die Behauptung aufgestellt, die Frau habe das Recht über ihren Körper; deshalb dürfe sie verlangen, daß jener Zustand dieses Körpers, der Schwangerschaft heißt, durch zweckdienliche Maßnahmen geändert werde. Das Kind aber ist nicht einfachhin " Körper der Mutter ", kein bloßer Teil davon, wie ein Organ oder eine Mißbildung, vielmehr ein werdender Mensch. Mit dieser Tatsache ist das innerste Wesen der Mutterschaft, und, sofern es auf diese bezogen ist, das Wesen des Frauentums überhaupt ausgesprochen. Mutter sein heißt nicht " Leben hervorbringen " - das tut das Tier auch - sondern " einem Menschen das Leben geben ". Ein Mensch aber ist Person - wie oben definiert. Im engen Lebenszusammenhang der Mutter wächst ein Wesen heran, das ihr in seiner innersten Bestimmtheit nach entzogen ist. Dadurch wird die Größe, aber auch die Tragik des Muttertums begründet. Die Mutter ist somit nicht Herrin des werdenden Lebens, sondern dieses ist ihr anvertraut. So hat sie über es wesentlichweise nicht mehr Rechte, als ein Mensch über den anderen Menschen haben kann.

Soviel sei hier erwähnt zur grundsätzlichen Einstellung des Christentums, d.h. der Kirche, zum Problem des Schwangerschaftsabbruches. Weitere Beiträge zum Thema der sozialen Indikation folgen an späterer Stelle.

Wie hat sich nun der Staat zu verhalten?

Mit der Reichsgründung 1871, entstand der § 218 des Deutschen Reich - Strafgesetzbuches:

" Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleib tötet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft . . . "

Je nach politischer Orientierung wird der Paragraph entweder gemildert (1926: erstmalig die medizinische Indikation zugelassen) oder verschärft (1943: Todesstrafe).

Grundsätzlich ist zu bemerken, daß der Staat nicht jede Übertretung des Sittengesetzes strafrechtlich ahnden kann, nur, wie Thomas von Aquin schon im hohen Mittelalter gesagt hat, nur jene Vergehen, " ohne deren Verbot die menschliche Gesellschaft nicht bestehen kann ". Deshalb werde z. B. der Mord bestraft. (Summa theologica)

Dennoch lassen sich Staat und Sittlichkeit nicht einfach trennen. Es ist falsch, Recht und Moral wie " äußere Gesetzmäßigkeit " und " innere Sittlichkeit " einander gegenüberzustellen. " Die innere Verbindlichkeit des Rechtes ", so hat der Bundesgerichtshof formuliert, beruht gerade auf seiner Übereinstimmung mit dem Sittengebot. (BGHST)

Das Recht steht im Dienst des Menschen und wenn der Staat als Träger des Rechtes einen Sinn haben soll, dann doch den, das menschliche Leben auf jede Weise, auch durch Androhung und Verhängung von Strafen, zu schützen. Und vor allem auch das ungeborene Leben bedarf des strafrechtlichen Schutzes. (Höffner/1977)

Das Strafrecht ist für das sittliche Bewußtsein von großer Bedeutung. Ließe man z. B. die Abtreibung völlig straffrei, so würde der Gedanke an die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens zunehmend im Bewußtsein der Bürger vermindert, die Perspektiven eindeutig. Das Bundesverfassungsgericht urteilte am 25. Februar 1975 dahingehend, daß der Staat verpflichtet sei, das selbständige Rechtsgut des ungeborenen Lebens auch der Mutter gegenüber zu schützen. Das Lebens-

recht des ungeborenen Kindes habe für die gesamte Dauer der Schwangerschaft den Vorrang vor dem emanzipatorischen Selbstbestimmungsrecht der Frau. Wenn das ungeborene Leben nicht ausreichend geschützt werden könne, sei der Gesetzgeber gehalten, auch strafrechtliche Maßnahmen zu ergreifen. Hiermit wurde die von der Regierungskoalition mit Mehrheit gebilligte Fristenregelung mit 5 : 3 Stimmen abgelehnt.

Im September 1975 lag dann wieder ein neuer Gesetzentwurf vor, auf den die Opposition mit einem Gegenentwurf antwortete. Nach weiteren Ergänzungen wurde mit 234 : 181 Stimmen am 12.2.1976 das erweiterte Indikationen-Modell verabschiedet gegen die Stimmen des Bundesrates, der noch einmal angerufen wird.

Am 21.6.1976 tritt das neue Gesetz in Kraft.

B. Hauptteil

1. 21.6. 1976 - das neue Gesetz tritt in Kraft

jetzige Fassung:

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder

2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht beantragen (§68, Abs. 1, Nr. 2).

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz I strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 218b, Abs. 1, Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz I absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

§ 218a

Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzung des Absatzes I Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädigender Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder
3. der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
 - a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und
 - b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr 1 und Nr 3 nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sein.

§ 218b

Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren

- (1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Absatz 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und
2. von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz I strafbar.

(2) Ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und

- a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes I Nr 1 betraut ist,
- b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder
- c) sich durch Beratung an einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes I Nr 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

§ 219

Abbruch der Schwangerschaft ohne ärztliche Feststellung

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines Arztes, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzung des § 218a Abs. I Nr 2, Abs. 2, 3 gegeben sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz I strafbar.

Fünftes Gesetz zur Reform des Strafrechts

Artikel 2

(1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.

(2) Absatz I gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.

Artikel 3

Schwangerschaftsabbruch außerhalb einer geeigneten Einrichtung

(1) Der Schwangerschaftsabbruch darf nur in einem Krankenhaus oder einer hierfür zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden.

2. Vorgehen beim Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch

Das Risiko für die Feststellung einer Indikation zum Abbruch der Schwangerschaft trägt der Arzt, der den Abbruch durchführt. Er kann sich nicht darauf berufen, daß die Feststellung der Indikation durch einen anderen Arzt getroffen worden ist.

Die Verantwortung trifft also ganz klar den Ausführenden. Dies ist - da nach dem Willen des Gesetzgebers der Abbruch nur in einer klinischen Einrichtung stattfinden darf, in der Praxis nur dann, wenn der Praxiseigentümer hierfür zugelassen ist, - in den meisten Fällen der Klinikarzt. Er kann aber in keinem Fall gezwungen werden, vielmehr sollte er nach Möglichkeit " in eine Prüfung eintreten ", um sich zu vergewissern, daß er

- a) seinem Gewissen gemäß handelt
- b) nicht gegen die gesetzliche Regelung verstößt.

Da die Handhabung der neuen Regelung im Bundesgebiet noch nicht einheitlich ist, wird nachfolgend eine regionale Lösung für die Zusammenarbeit von niedergelassener Ärzteschaft und Klinik dargestellt.

a) Medizinische Indikation

Abbruch ist zu jeder Zeit der Schwangerschaft straffrei möglich

b) Eugenische Indikation

Abbruch bis zur 22. Woche straffrei möglich

c) Ethische Indikation

Abbruch bis zur 12. Woche straffrei möglich

d) Notlagen - Indikation

Abbruch bis 12. Woche straffrei möglich.

Zur Notlagen - Indikation schreibt Frau Bundesminister Focke:

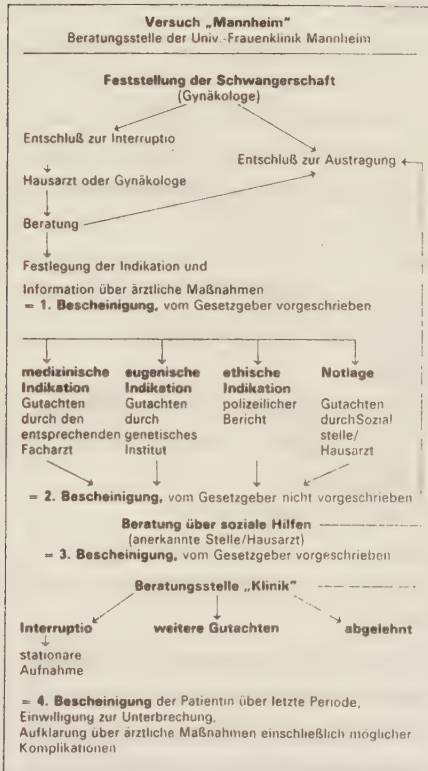
" Die sozialen Hilfen, Rechte und Ansprüche in unserem Staat sind vielfältig! Es gibt Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder, es gibt Hilfen für die ganze Familie. Diese Hilfen geben nicht nur die Behörden, sondern auch freie Verbände wie z.B. die Arbeiterwohl-

fahrt, der Caritasverband oder das Diakonische Werk", und
" Jede werdende Mutter hat einen Rechtsanspruch darauf, vom
Jugendamt beraten und unterstützt zu werden. Angesichts dieser
vielfältigen Hilfsangebote durch Behörden und zahlreiche Institutio-
nen muß an die soziale Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ein
äußerst strenger Maßstab angelegt werden, um die angebotenen Hilfen
nicht zu desavouieren. Diese Hilfen müssen ausgeschöpft werden. "

Im vorliegenden Modell aus der Frauenklinik der Universität Heidel-
berg benötigt die Patientin zum Schwangerschaftsabbruch folgende
Unterlagen:

- a) eine schriftliche Feststellung zum Alter der Schwangerschaft und
über das Vorliegen einer Indikation
- b) Stellungnahme des Facharztes des medizinischen Teilgebietes,
aus dem die Indikation gestellt wurde
- c) Bestätigung der Patientin über den letzten Menstruationstermin
- d) Einwilligung der Patientin zum Schwangerschaftsabbruch
- e) Bescheinigung darüber, daß eine Information über bei ihr zu
treffende ärztliche Maßnahmen einschließlich der möglichen Kom-
plikationen erfolgt ist
- f) Bescheinigung über eine Sozialberatung gemäß § 218b Abs. I
(Stoll, Sievers/1976)

Ebenfalls von Stoll wurde folgendes Schema des Vorgehens bei
Wunsch auf Schwangerschaftsabbruch dargestellt. Daß auf alle Fälle
eine individuelle Beratung und Entscheidung nötig ist, hat er an
einigen Beispielen erläutert.



Einige Beispiele aus der Vielzahl der Fälle der Universität Heidelberg, die zeigen sollen, daß die Entscheidung der Feststellung einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch sehr individuell ist und sorgsam überlegt sein sollte.

1. Medizinische Indikation

Patientin (Mens 6) leidet an Schizophrenie, vorübergehende Behandlung in einer geschlossenen Anstalt.

Entscheidung: keine unmittelbare Lebensgefährdung der Schwangeren.

Interruptio abgelehnt, da Risiko zu hoch wegen Mens 6.

Stationäre psychiatrische Betreuung bis zur sicheren Lebensfähigkeit des Kindes. Nach Geburt Sterilisation.

2. Ethische Indikation

Patientin 20 Jahre, kein Kind. Mens 2

Interruptio, da Patientin vom Vater mißbraucht.

3. Eugenische Indikation

Patientin 27 Jahre, 1 Kind, angeborene Augenmißbildung

Da auch das Erstgeborene die Augenmißbildung geerbt hat, fürchtet die Patientin für das zweite Kind.

Entscheidung: Interruptio und Sterilisation

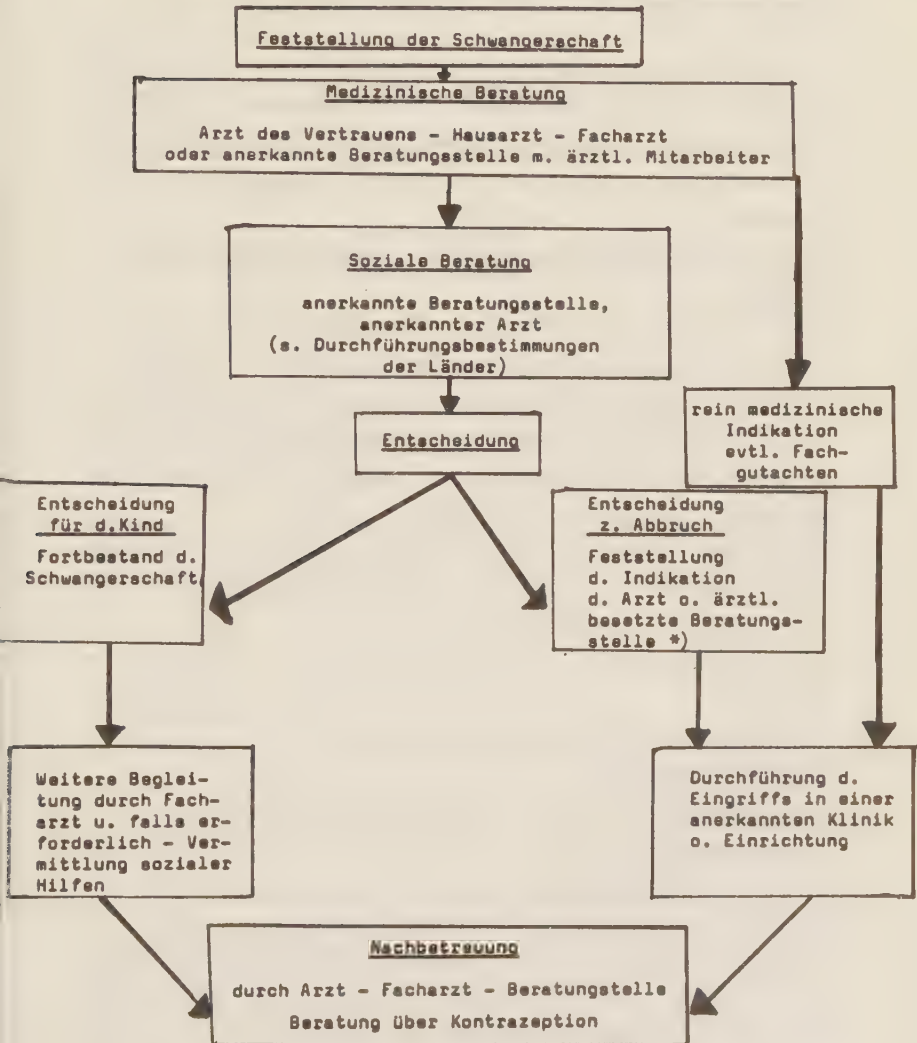
4. Notlagen - Indikation

Mädchen 15 Jahre, Mens 5/6, Vater des Kindes ein türkischer älterer Untermieter der Familie.

Entscheidung: keine Interruptio, Betreuung in einem Heim für werdende Mütter, später Förderung durch das Jugendamt. (Stoll/1976)

Diese wenigen Beispiele verdeutlichen meiner Meinung nach die Vielfalt der Probleme, mit denen sich der damit befasste Arzt konfrontiert sieht und bei denen er die Entscheidung als mit seinem Gewissen übereinstimmend vertreten muß. Allerdings sollte man nicht vergessen, daß es ja möglich ist, einen negativen Beschluß dadurch zu umgehen, daß ein weiterer Arzt konsultiert werden kann. Die Erlangung einer Bescheinigung zum Schwangerschaftsabbruch ist somit zur Frage der Ausdauer geworden.

2.1. Mögliche Wege im Fall eines Schwangerschaftskonflikts



*) bei einer Ablehnung der Indikation kann versucht werden, an anderer Stelle die Indikation feststellen zu lassen.

3. Die Beratungsstellen

Nach der Reform des § 218 liegt ein Schwerpunkt auf der sog. sozialen Beratung. In den Vorschriften wird daraufhingewiesen, daß diese soziale Beratung zu verdeutlichen hat, daß der Abbruch der Schwangerschaft in jedem Fall nur als Notlösung und nicht als Methode der Geburtenregelung zu betrachten ist.

Wer ist nun zuständig, bzw. anerkannt, diese Beratung durchzuführen?

Für die Anerkennung der Beratungsstellen sind in der Regel die Minister und Senatoren für Soziales und Gesundheit zuständig, in Nordrhein-Westfalen der Regierungspräsident. Über die Anerkennung von Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft entscheiden diese Körperschaften selbst in eigener Zuständigkeit. (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit/1978)

Die Träger der Beratungsstellen, die jede abbruchwillige Frau mindestens drei Tage vor dem geplanten Eingriff besuchen soll, sind in erster Linie die Wohlfahrtsverbände wie

- a) Diakonisches Werk
- b) Caritas
- c) Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- d) Arbeiterwohlfahrt
- e) Pro familia (Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V.)
- f) Sozialdienst katholischer Frauen
- g) andere kirchliche und nichtkirchliche Träger

ferner Gemeinden, die entweder eigene Beratungsstellen eingerichtet oder die ihre Gesundheitsämter mit dieser Aufgabe betraut haben. Die Regelungen, bzw. Vorschriften sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, da diesen die Möglichkeit gegeben wurde, diese individuell zu gestalten. Es kam unter dem Gesichtspunkt, eine möglichst einheitliche Länderregelung zu erreichen, zu Besprechungen,

die immerhin eine Vereinheitlichung folgender Problemstellung erreichten:

- a) Zuständigkeit über die Anerkennung von Beratungsstellen und Ärzten.
- b) Mindestvoraussetzung, unter denen Beratungsstellen und Ärzte anerkannt werden können.
- c) Den Nachweis der erfolgten Beratung.
- d) Die Zulassung von Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch.
- e) Die Zuständigkeit zur Versagung der Befugnis, im Sinne von § 219 die Indikationsstellung zu treffen.

Folgende Regelungen gelten z.B. für das Land Rheinland Pfalz (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport; Rheinland-Pfalz (1976)): Die Beratungsstellen sind nach eigenen Angaben und den Angaben ihrer Träger bereits in der Beratung für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen neben anderen Beratungsinhalten tätig und verfügen über die hierzu erforderlichen sächlichen und personellen Voraussetzungen.

..... sind die Jugendämter der Landkreise verpflichtet, werdende Mütter zum Schutz des noch nicht geborenen Kindes zu beraten und unterstützen

Die Beratung erfordert eine Aussprache mit der Schwangeren, in der über die Darstellung der in ihrem Fall zur Verfügung stehenden Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder hinaus die für sie bestehenden eingehend behandelt werden, mit dem Ziel, die Not- und Konfliktlage zu bewältigen und der Schwangeren in Kenntnis ihrer hohen Verpflichtung gegenüber dem ungeborenen Leben und der besonderen Bedeutung des Schwangerschaftsabbruches eine verantwortliche Entscheidung zu ermöglichen.

Und:

Die Beratungsstelle ist verpflichtet, einem Arzt, der einen Abbruch der Schwangerschaft beabsichtigt, im Einverständnis mit der Schwangeren auf sein Verlangen schriftlich zu bestätigen, ob und

wann eine Beratung gemäß § 218 b Abs. I Nr. 1 STGB durchgeführt worden ist.

.... Die Berater sind über die Beratung und deren Inhalt zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Um dem Anspruch des Gesetzes nachzukommen, und um jede Schwangere einer sozialen Beratung zuzuführen, gibt es 1977 bereits in der Bundesrepublik etwa 788 Beratungsstellen, die sich, wie folgt auf die Länder aufteilen:

	1976	1977	
Schleswig-Holstein	30	56	+ 87 %
Hamburg	42	42	0 %
Bremen	5	5	0 %
Berlin	94	97	+ 3 %
Niedersachsen	151	151	0 %
NRW	150	162	+ 8 %
Hessen	65	65	0 %
Rhld - Pfalz	59	29	- 51 %
Saarland	11	14	+ 27 %
Baden-Württemberg	89	89	0 %
Bayern	92	92	0 %

Schleswig-Holstein mit einer Steigerung von 87 %, das Saarland mit 27 % liegen deutlich in Bezug auf ihre Aktivitäten an der Spitze, während das vorher zitierte Rheinland-Pfalz um 51 % kürzte. Was besagen diese Zahlen nun in Relation auf die Einwohnerzahlen pro Bundesland und wie sehen die Zahlen aus, wenn man die Anzahl der Frauen nimmt zwischen 15 und 45 Jahren, also derjenigen, die am meisten die Beratungsstellen in Anspruch nehmen.

	Einw. /Berat. Stelle	Frauen 15 - 45 J. pro Berat. Stelle
Schleswig-Holstein	45.839	9642
Hamburg	43.143	8571
Bremen	151.400	30555
Berlin	21.958	3488
Niedersachsen	47.185	9961
NRW	106.216	22783
Hessen	84.015	18210
Rhld-Pfalz	127.034	27427
Saarland	80.500	16692
Baden-Württemberg	101.078	22506
Bayern	115.696	25361

Das günstigste Angebot von Beratungsstellen finden Frauen in Berlin, Schleswig-Holstein, gefolgt von Niedersachsen. Das ungünstigste Ergebnis zeigt Bremen, wo auf ca. 30.000 Frauen eine Beratungsstelle kommt, gefolgt von NRW mit 22.000 Frauen und Rheinland-Pfalz mit ca. 27.000 Frauen.

Geht man von den oben zitierten Anspruch aus, die sogenannte soziale Beratung sei vor allen Dingen eine Möglichkeit, der Schwangeren zu helfen, so zeigen sich doch erhebliche Schwächen. Ebenso wenig können die Beratungsstellen dem Anspruch gerecht werden, in Familienplanungsangelegenheiten aufklärend zu wirken.

Nimmt man das Beispiel Berlin, wo z. Zt. auf jede 4. Geburt ein Schwangerschaftsabbruch (offizielle Zahlen) kommt und diese Zahl als Spitze vor allen anderen Bundesländern steht, kommen doch erhebliche Zweifel am Sinn der Beratungsstelle auf. Wie kommt es, daß Berlin das weitaus günstigste Verhältnis, nämlich eine Beratungsstelle auf 3500 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren hat, und dennoch die Abbruchzahl so hoch liegt, Rheinland-Pfalz hat das mit ungünstigste Angebot und auch die geringste Abbruchquote. " Wandern "

die Frauen vielleicht in Ermangelung jeglicher Hilfe ganz und gar nach Berlin? Aber es fehlen Zahlen darüber, trotz der Meldepflicht der abbrechenden Ärzte, aus deren Formular dies ja eindeutig hervorgehen müßte.

Oder ist vielleicht, schon aufgrund der Erziehung, die Einstellung zum Kind eine andere? Man wird hier Zahlen abwarten müssen, die dies belegen können.

Die Bundesregierung hat, um event. auftretenden Engpässen entgegenzutreten, im Rahmen eines Modellprogrammes 54 Modellberatungsstellen eingerichtet, die teils vom Bund, teils von den Ländern finanziert werden, teils auch durch Eigenleistung der Träger. Das Programm soll bis Ende 1979 durchgeführt werden. Zweck dieser Beratungsstellen ist es, dort gewonnene Erkenntnisse zum Ausbau eines regelrechten Beratungsnetzes zu nutzen.

Sie sind wie folgt verteilt:

Baden-Württemberg	7
Bayern	9
Berlin	2
Bremen	2
Hamburg	2
Hessen	6
Niedersachsen	4
NRW	14
Rheinland-Pfalz	4
Saarland	2
Schleswig-Holstein	2

Als Berater treten auf in den Beratungsstellen:

- a) Sozialarbeiter (oder Sozialpädagoge oder eine Fachkraft vergleichbarer Ausbildung)
- b) Ein Psychologe
- c) Ein Arzt

Auf jeden Fall muß gewährleistet sein, daß ein Psychologe und ein Arzt im Bedarfsfalle mit zur Verfügung steht.

Zur Qualifizierung der Berater sei erwähnt, daß in den Modellberatungsstellen

- a) Trainingsseminare
- b) Teamtrainings
- c) Beratung der Berater in den Beratungsstellen
- d) Weiterbildungsveranstaltung, die vom Bundesministerium vollständig finanziert werden stattfinden.

Der Finanzaufwand für das Modellprogramm " Beratungsstellen ":

1977 (Start)	DM 11,7 Mio
----------------	-------------

1978	DM 6,2 Mio
------	------------

(Dokumentation des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit/1978)

4. Die Beratung

- a) Schwangerschaftskonfliktberatung
- b) Die Familienplanungsberatung

a) Die Schwangerschaftskonfliktberatung

Nachdem der Hausarzt oder der Frauenarzt die gegebene Indikation festgestellt hat, und somit den Schwangerschaftsabbruch " freigegeben " hat, ist es für die Frau laut Gesetz noch Verpflichtung, an einer sogenannten Beratung teilzunehmen. Ziel dieser Beratung ist, die Frau auf Möglichkeiten und Hilfen aufmerksam zu machen, die es ihr vielleicht doch noch erlauben, das zu erwartende Kind auszutragen.

Ist die Frau endgültig zum Abbruch entschlossen, so müssen nach dieser Beratung noch drei Tage vergehen - sozusagen Bedenkzeit - nach denen sie sich in einer Klinik oder Praxis zum Abbruch einfinden kann.

Für den Arzt stellt sich das Beratungsproblem in dreifacher Gestalt dar:

- a) die medizinische Beratung
- b) die Indikationsstellung
- c) die Sozialberatung (Pro familia)

Die medizinische Beratung fällt in das eigentliche Fachgebiet des Arztes und soll die ärztliche bedeutsamen Gesichtspunkte des Abbruches, der ja jedem anderen, ebenfalls aufklärungspflichtigem operativen Eingriff gleicht, klarstellen.

Insbesondere ist die Frau aufmerksam zu machen auf das Narkoserisiko und Spätfolgen wie z.B. Eileiterentzündung und eine mögliche höhere Fehlgeburtenrate.

Im Landesfrauenkrankenhaus Stuttgart müssen Frauen vor dem Eingriff ein Papier unterschreiben, das folgenden Wortlaut hat:

" Über ... die Möglichkeit des Auftretens von Komplikationen bin

ich unterrichtet insbesondere, daß u. U. eine Bauchoperation mit Entfernung der Gebärmutter notwendig werden könnte. Weiterhin könnte es zur Infektion im Bereich der Unterleibsorgane kommen, die eventuell spätere Unfruchtbarkeit zur Folge haben könnte, ...

Ich bin auch mit den für den Eingriff nötigen Narkoseverfahren einverstanden, die ihrerseits wieder Komplikationen bringen können.

(Gruner + Jahr/1977)

Aufklärung oder Einschüchterung, wie in dem Artikel gesagt?

Es bleibt eine Frage des Standpunktes.

Zur Frage der Indikationsstellung sei gesagt, daß die Erstellung einer Indikation de facto einer gutachterlichen Äußerung entspricht. Damit wird dem Arzt häufig von seiten der ratsuchenden Schwangeren eine Art Erwartungshaltung entgegengebracht, die möglicherweise das Beratungsgespräch negativ beeinflußt, weil die Schwangere glaubt, sich in ein "indikationsgerechtes Licht" ordnen zu müssen, zumal, wenn der beratende Arzt gleichzeitig auch Indikationssteller ist.

(Gruner + Jahr/1977)

Die medizinische Indikation ist aufgrund heutiger medizinischer, d. h. medikamentöser und operativer Möglichkeiten soweit eingeschränkt, daß man heute zunehmend mehr die gesamte Lebenssituation der Schwangeren, deren Alter, Kinderzahl, persönliche Belastbarkeit, Familiensituation und persönliche Einstellung zu der unerwünschten Schwangerschaft berücksichtigen muß. (Hoffmann/1977)

Der Gynäkologe Phillip bemerkt zur medizinischen Indikation:

" Vom medizinischen Standpunkt aus ist die legale Schwangerschaftsunterbrechung in jedem Fall ein Fiasko der ärztlichen Behandlung, die nicht imstande ist, die betreffende Krankheit so zu behandeln, daß die Schwangerschaft erhalten bleibt. Die genetische Indikation - mit einer Frist von 22 Wochen, weil die diagnostischen Verfahren erst ab der 15. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden können, - stellt der Schwangeren bei festgestellter Schädigung des Kindes, z. B.

Mongolismus, die Fortführung oder den Abbruch der Schwangerschaft frei.

Bei der ethischen oder kriminologischen Indikation ist die Definition eindeutig. Allerdings sollte der illegale Tatbestand auch aktenkundig angezeigt werden, schon allein, um die Indikation abzusichern. Problematisch ist hier der Fall bei Inzuchtdelikten, wenn Familienangehörige angezeigt werden sollen."

Das Hauptaugenmerk bei der jüngsten Gesetzgebung lag und liegt auf der Indikation der Notlagsituation, besser gesagt der psychosozialen Notlage.

" Wenn Mutter und Vater durch eine Geburt überfordert sind," weil sie ihre eigenen Existenzsorgen nicht bewältigen können, wird das Kind als störend empfunden, was sich für seine Entwicklung ungünstig auswirken wird. Die Folgen reichen von kindlich seelischen und körperlichen Entwicklungsstörungen über Charakterverformung bis zu Neurosen.

Bei der psychosozialen Indikation sind vielschichtige Problemkreise zu berücksichtigen. Das gesamte Team einer Beratungsstelle wird gefordert - Sozialarbeiter, Gynäkologe, Psychologe, Seelsorger, - um das Problem der Schwangerschaft möglichst umfassend herauszuarbeiten und nach der besten Lösung zu suchen. Bei diesen Gesprächen sollte jeder Berater die Grenzen seines Standortes kennen. Der Schwangeren soll keine Meinung aufgezwungen werden, sondern sie soll für ihre eigene Entscheidung Hilfen und Anstöße bekommen. Ein unüberlegter und eilig herbeigeführter Schwangerschaftsabbruch ohne Klärung des eigentlichen Problems kann die betroffene Frau in große psychische Krisen stürzen. (s. seelische Folgen nach dem Schwangerschaftsabbruch)

An die Berater werden somit seit der Neuregelung des § 218 besondere Anforderungen gestellt.

Erste und wichtigste Aufgabe des Beraters ist es, die Situation der Betroffenen durch mitfühlendes Verstehen bei gleichzeitiger Wahrung

des therapeutischen Abstandes zu entlasten. Die ist bei jeder psychologisch orientierten Beratung selbstverständlich. Bei Schwangerschaftskonfliktberatung ist es jedoch besonders schwierig, die für eine effektive Beratung erforderliche Vertrauensbasis zu schaffen. Die Klientin rechnet damit, abgewertet zu werden, nicht zuletzt aufgrund verletzter Schuldgefühle. Die bereits zum Abbruch der Schwangerschaft Entschlossene - und das sind sehr viele Frauen - sieht die Beratung eher als eine lästige Notwendigkeit an. Auch mit dieser Haltung vermag sie gleichzeitig ihren eigentlichen Konflikt zu verdrängen. (Schmitt - Schiek/1977)

Wenn es dem Berater gelingt, in die Beratung Vorurteilsfreiheit und geschickte Gesprächsführung einzubringen, kann es zu einem fruchtbaren Gespräch kommen, kann die Entscheidung mit der Schwangeren zusammen bedacht und erarbeitet werden. Dann besteht die " Chance, den Grundkonflikt zu erhellen; Ängste abzubauen und eine Motivation für eine spätere, den körperlichen und psychischen Belangen der Frau Rechnung tragende Kontrazeption zu erzeugen. "

Eben diese " soziale Beratung " ist in den Brennpunkt der Kritik gerückt.

" Die soziale Beratung ist die eigentliche Hürde ". (Wolff/1977)

Davon ausgehend, daß heute die soziale Indikation die Hauptrolle spielt, allein in Düsseldorf macht sie 78% der Indikationen aus (Rheinische Post/(1978), d.h. wenn hier 1977 1127 Schwangerschaften abgebrochen wurden, sind das 879 Schwangerschaften auf der Basis dieser Indikation. Somit ist für einen Teil der Kritiker die soziale Indikation eine " verkappte Fristenlösung ", für die andere Seite eine " Zwangsberatung zur Beseitigung von ungewollt Schwangeren " Nämlich:

... nichtstrafbar ist der Schwangerschaftsabbruch, wenn der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden ...

Weiterhin § 218 b Abs. 1

..., ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens 3 Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern ... Bestraft wird ein Abbruch nur, und zwar der abbrechende Arzt in diesem Fall, wenn nicht schriftlich ein Dokument über die Beratung vorlag. Allerdings ist kein Fall dieser Art bekannt geworden.

Pro familia kritisiert besonders die im Gesetz erwähnten Hilfen für Schwangere, die in *vero gar* keine sind: " Die im Gesetz erwähnten sozialen Hilfen sind aber keineswegs in dem Umfang vorhanden, wie das notwendig wäre, um die durch eine ungewollte Schwangerschaft entstandene Notlage abzuwenden, zumal in der Regel die Notlage vielschichtig und mit materieller Hilfe nicht abzuwenden ist. Die Berater stehen also quasi mit leeren Händen da. "

Berücksichtigt man, daß die Notlagenindikation mit ca. 57,7% der Fälle den Hauptteil ausmacht und hierbei bei 48% der Fälle ein zu geringes Einkommen angegeben wird, um ein Kind zu ernähren und großzuziehen, so sollte es doch möglich sein, wenigstens mit materieller Hilfe einen Teil der Frauen von dem geplanten Schwangerschaftsabbruch abzubringen. (Rheinische Post/1978)

Die deutsche Bischofskonferenz stellte zum Problemkreis soziale Indikation fest :

" Der Hinweis auf soziale Probleme, die mit einer Schwangerschaft verbunden sein können, darf bei dem Entwicklungsstand unserer Gesellschaft überhaupt keine Berechtigung haben.

(Deutsche Bischofskonferenz/1976)

Der Leiter einer gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses sagt folgendes:

" ... ich richte mich nicht pauschal nach dem Gutachten, mit dem die Frauen zu mir kommen, weil ich nicht jede soziale Indikation anerkenne. Die Notlage existiert nur dann, wenn eine Frau, die fünf Kinder, einen arbeitslosen Mann und lediglich eine Zwei - Zimmerwohnung hat, jetzt das sechste Kind bekommt und es nicht haben will. " (J. Priew / G. Handlötgen/1976) Die Frage, je nach Standpunkt, heißt hier, ist dies Auslegung eines Gesetzestextes nach verlangten Maßstäben oder die Durchlöcherung eines Gesetzes, wenn nicht jeder Arzt willens, sofort die Indikation zu stellen?

Die Motivationsvielfalt mag aus folgenden Punkten hervorgehen, wobei man bei jedem Punkt überlegen sollte, ob dieser oder jener Grund bedeuten kann:

" wenn der Abbruch der Schwangerschaft ... angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die so schwer wiegt, daß die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann und die nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann. "

1. bei unehelich Schwangeren können dies sein:

- Angst vor den Eltern und Verwandten
- Angst vor dem " Gerede der Leute " und / oder den sozialen Sanktionen, mit denen ein lediges, vom Schwängerer verlassenes Mädchen in einem von traditioneller Wertorientierung bestimmten Milieu zu rechnen hat.
- Materielle Gründe (z.B. , die eine Heirat unmöglich machen)
- bei eventuell häufigem Partnerwechsel die Unkenntnis des Schwängerers
- der Schwängerer ist verheiratet
- besonders bei in Ausbildung stehenden Frauen event. Schwierigkeiten mit der Lehrabschlußprüfung, Vor- und Hauptdiplomprüfung, Referendarzeit etc.

2. bei verheirateten Schwangeren:

- wirtschaftliche Notlagen
 - mehrere bereits vorhandene Kinder
 - zerrüttete Ehe / außereheliche Schwangerschaft
 - Angst vor Überforderung (besonders bei sehr jungen und älteren Müttern)
 - bei Austragung entstehende Notlagen im Bereich von Raum- und Wohnungsfragen, der Finanzierung einer Ausbildung für mehrere Kinder etc.
 - ferner zu starke Beanspruchung der Arbeitskraft der Mutter.
- Ptasnik stellt weiterhin fest, daß man die Tatsache, daß neben sozialen Hilfen auch die Möglichkeit eines Abbruches gegeben ist, man dies nicht als Bankrotterklärung der sozialen Fürsorge des Staates auffassen solle und könne, die nun mit " Mord an Ungeborenen " gelöst werden solle. (H. Ptasnik/1977)

Weitere Möglichkeiten werden auch von H. Poettgen aufgezeigt.
(H. Poettgen/1977)

Grob gefaßt lassen sich die Schwangerschaftskonflikte in vier Gruppen aufteilen:

1. persönliche Konflikte
2. partnerschaftliche Konflikte
3. familiäre Konflikte
4. soziale Konflikte

zu 1.

- a. jugendliche Schwangere
- b. häufiger Partnerwechsel

zu 2.

- a. zerrüttete Ehe
- b. Reifungskrisen (z.B. repressives Verhalten des Partners mit Forderung der Abtreibung, sehr hohes Alter des Kindsvaters)

zu 3.

- a. pathologische Familienstruktur: die hysterische Familie, die paranoide Familie
- b. Inanspruchnahme durch geistig oder körperlich behinderte Kinder
- c. Enttäuschung über Mißerfolge bei der Erziehung früherer Kinder
- d. Angst vor Ablehnung des Kindes durch ältere Kinder
- e. schicksalhafte Ereignisse in der Familie (Tod des Ehepartners)
- f. zu rasche Aufeinanderfolge von Geburten

zu 4.

- a. Wohnungsnot
- b. Arbeitslosigkeit
- c. Großfamilie mit niedrigerem Einkommen
- d. Verschuldung
- e. Kriminalität

Der Verfasser betont, diese Auflistung als Versuch einer Synopsis aufzufassen, nicht als Indikationsliste der Notlagenindikation.

Eicher und Herms haben ebenfalls eine Reihe möglicher psychosozialer Indikationen festgestellt und nennen die folgenden Gründe:

1. Zerrüttung der Ehe
2. Alkoholismus
3. Verletzung der Unterhaltungspflicht
4. Psychotiker
5. außerehelich gezeugtes Kind
6. Fürsorgeempfänger
7. unwürdige Wohnraumverhältnisse
8. Inzest
9. Teenager
10. Unterbrechung der Berufsausbildung
11. Unerwünschte Schwangerschaft durch Versagen der Kontrazeption

Diese durch äußere Umstände ausgelöste Konfliktlagen werden laut Ptasnik und Eicher immer auch durch die innere Konflikt disposition bestimmt.

Als Beispiele seien genannt:

- die Struktur der betroffenen Persönlichkeit
- ihre Lebens- und event. Krankheitsgeschichte
- von hier aus erst sind einschätzbar die
- Grenzen der Belastbarkeit und Zumutbarkeit (Eicher, Herms/1977)

" Sozial belastende Momente werden von Schwangeren, die eine ernste psychische und körperliche Krankheit haben, schwerer verkraftet, weil dadurch die Grenze der bis dahin erbrachten Kompensationsfähigkeit überschritten werden kann. Im Falle der Austragung der Schwangerschaft, kann es dann durch die Zusatzbelastung zu neurotisch-depressiven Fehlentwicklungen sowie auch zu Versagens- und Verstimmungszuständen kommen, die einen Krankheitswert haben. Daraus resultiert die Gefahr eines Schadens für die körperliche und geistig-seelische Gesundheit der Schwangeren selbst, wie auch für bereits in der Familie lebende Kinder. Eine Trennung von sozialen und medizinischen Konflikten wird daher niemals möglich sein."

Der Arzt oder der Psychologe, der die Schwangerschaftskonfliktberatung im Rahmen der " psychosozialen Notlagenindikation " ausführen will, sollte zumindest psychosomatisch so weit orientiert sein, daß er die Tragweite dieser Problemstellung aus verschiedenen Gesichtspunkten erfaßt. Er muß nicht unbedingt ausgebildeter Psychotherapeut sein, denn die Psychotherapie soll in der Beratungssituation nicht durchgeführt werden. Er wird aber schwerlich der Ratsuchenden in dieser Kategorie gerecht werden können, wenn sein Blick für die endogenen und exogenen Wechselwirkungen bei der Entstehung von Neurosen und Psychosomatosen nicht geschult und seine Einfühlung in die Welt dieser Kranken nicht sensibilisiert wurde. (H. Poettgen/1977)

Als weiterer Schritt muß das didaktische Problem gelöst werden, und zwar insoweit, als Berater und Ratsuchende eine gemeinsame Sprachebene finden müssen. Hier sollte nicht mehr in einer mehr oder weniger modifizierten "Medizinersprache" geredet werden, sondern der Blick von einer schulmedizinisch kategorisierenden Krankheitsbetrachtung weg auf den kranken, oder besser gesagt - auf den leidenden Menschen in seiner Gesamtsituation gelenkt werden. Dann erst kann die zu Beratende das Gefühl haben, daß der Berater sie ernst nimmt und daß er zuhören kann, ohne moralisch zu werten und dementsprechend zu belehren. Eine gute Schwangerschaftskonfliktberatung kann nicht zustandekommen, wenn der Berater sich aufgrund seines weltanschaulichen Standpunktes bereits a priori für eine prinzipielle Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden hat oder der Berater aufgrund eigener - ihm unbewußter - Aggressionen grundsätzlich jede Interruptio zulassen möchte.

Das menschliche Problem dürfte hier das weitaus stärkste und am schwierigsten zu überwinden sein. Anders als bei der rein medizinischen Konsultation des Arztes geht es hier mit um den sexuellen Bereich, kommen die von allen Seiten angesprochenen "Schuldgefühle" zum Ausdruck. Die Schwangere, weil es letztendlich doch um ihr Kind geht, und der Arzt, der ohne jedes Vorurteil die Problemstellung mit lösen helfen soll - sind da nicht unter Umständen beide im Rahmen eines einzigen Gespräches nicht restlos überfordert? Zweifellos spielt auch die Schulung und Ausbildung eines Beraters eine Rolle, selbst wenn dieser Arzt ist.

Poettgen nennt einige Beispiele, anhand derer der Berater seinen eigenen Standpunkt erst einmal überdenken und abklären sollte, ehe er der Schwangeren gegenübertritt:

1. Was empfinde ich, wenn ein unverheiratetes Mädchen um die Verordnung einer wirksamen Kontrazeption ersucht?
2. Was konzidiere ich dem Mädchen auf sexuellem Gebiet, was erlaube ich mir?

3. Welches Rollenverständnis habe ich von der Frau, dem Mann?
4. Wie sehen meine eigenen Widerstände gegen Sexualität und kontrazeptive Maßnahmen aus?
5. Wo ist meine eigene moralische "Macula lutea", mein "moralischer blinder Fleck"?
6. Kann ich in der Schwangerschaftskonfliktberatung meinen eigenen ideologischen (religiösen) Standort ausloten, so daß er nicht zur Barriere für meine Einfühlung in die Ratsuchende wird?
7. Verfolge ich bei der Beratung im Falle eines Schwangerschaftskonfliktes die Ziele meiner unausgesprochenen Prinzipien oder kann ich mich selber zurücknehmen und mich darauf beschränken, der Ratsuchenden Hilfe zur eigenen Entscheidung aus ihrer Weltanschauung zu vermitteln?

Abgesehen von der eigenen Haltung des Beraters ist noch relevant, wer außer den Ärzten in den Beratungsstellen noch tätig sein kann. Eindeutig scheint die Meinung vorzuherrschen, daß Schwangerschaftskonfliktberatung von Frauen durchgeführt werden müsse. Dieses Vorurteil wird damit begründet, daß Männer kaum in der Lage seien, die spezifisch weiblichen Empfindungen bei einer unerwünschten Schwangerschaft nachzuvollziehen. Dieses Vorurteil bewirkt zweifellos, daß Männer als Berater nur schwer akzeptiert werden können. Nichtsdestoweniger sind die seltenen Eigenschaften, wie "Verständnis" und "Fähigkeit zum Mitfühlen", keineswegs nur auf Frauen beschränkt. Auch Frauen können keine Erfahrung in der Ehe und/oder Schwangerschaft haben, ganz zu schweigen von Schwangerschaftsabbruch und Kindererziehung. Einige von ihnen könnten sogar auf sexuellem Gebiet unerfahren sein. Darum sollte es keine zwingenden Gründe geben, warum nicht entsprechend ausgewählte Männer qualifizierte Berater bei Schwangerschaftskonflikten werden können. Trotz aller dieser eingehenden Überlegungen und Betrachtungen, die meiner Meinung nach doch noch eine ziemliche Unsicherheit beinhalten

ten, sollte man, - immer das ernsthafte Bemühen unterstellend - nicht aus dem Auge verlieren, daß die soziale Beratung eine Zwangsberatung ist, da sie zwingend vorgeschrieben ist.

Die Freiwilligkeit, Grundlage eines guten Beratungsgespräches, fehlt zwangsläufig in vielen Fällen. Immerhin kamen von den Frauen, die sich zur Beratung in der Sozialmedizinischen Familienberatungsstelle in Düsseldorf einfanden, um nur ein Beispiel zu nennen, die überwiegende Mehrzahl, ca. 93%, mit dem festen Entschluß zum Abbruch. Nur 7% waren unentschieden und 80% ließen nach Angaben des Gesundheitsamtes ihr Kind schließlich abtreiben.

Viele Frauen sehen in der Sozialberatung nur ein unumgängliches Übel, werden sehr mißtrauisch und verschließen sich, wenn der Berater versucht, ihre einmal getroffene Entscheidung in Frage zu stellen. Diese Frauen suchen nur Berater, die ihren Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch akzeptieren.

Runte hat ebenfalls die Ergebnisse einer Befragung von 80 Frauen (vorwiegend 4-6 Wochen nach der Krankenhausentlassung) zu ihrer Einstellung der sozialen Beratung gegenüber veröffentlicht. Obgleich in der Fragestellung der Instanzenweg allgemein angesprochen war (also unter Einbeziehung der ärztlichen Voruntersuchungen und Vorgespräche), bezogen sich die Antworten fast ausschließlich auf die sozial beratenden Gespräche bei Pro familia.

Frage:

1. Finden Sie diesen Weg (die soziale Beratung, Anm.) richtig oder sollten solche Vorgespräche und Beratungen völlig wegfallen?
2. Haben Sie sich bei diesen Vorgesprächen " irgendwie " erniedrigt gefühlt?

ad 1

Jede 2. Frau bekannte sich uneingeschränkt zur Notwendigkeit einer sozialen Unterrichtung, nur jede 10. Frau lehnte sie ab. 76% stimmten

der Einrichtung einer sozialen Beratungsstelle zu, (davon 20% unter Vorbehalt), kritisierende Anmerkungen machte immerhin jede 3. Frau.
ad 2

"Erniedrigt" gefühlt haben sich 20% der Betroffenen.

Das durchgängige Motiv für die Befürwortung war die Möglichkeit, sich noch einmal aussprechen zu können. Zwar wurde die Information über soziale Hilfe immer wieder lobend erwähnt, aber als Regulativ für die persönlich getroffene Entscheidung nicht akzeptiert.

Die Frauen reagieren offensichtlich sogar recht empfindlich, wenn im Laufe des Gespräches Akzente des Bedenkens und Zweifels über die Richtigkeit der Entscheidung auftauchen. Die getroffene Entscheidung in Zweifel zu ziehen ist nicht erwünscht und wird sich sogar als "Manipulation" verbeten. Außerdem wird gefordert, daß die Beratung freiwillig und nur als Information zu gelten habe.

Die total ablehnende Haltung kam vorwiegend wortkarg zum Ausdruck: Sie sei "total überflüssig".

Eine 29jährige, ledige Studentin, kein Kind:

" Als Pflichtveranstaltung sollten diese Gespräche m. E. völlig wegfallen, da sie sehr leicht zur Farce werden. Schließlich will man ja in der Regel nichts anderes als die notwendige Bescheinigung. Wer in seiner Entscheidung unsicher ist, sollte allerdings die Möglichkeit haben, sich weiter zu informieren."

Diese Frauen mit ambivalenter Grundhaltung sind am ehesten bereit, innerlich bereit, ein solches Beratungsgespräch zu führen. Der Wunsch, das Kind zu bekommen, muß doch zumindest vorhanden sein. Nur dann, wenn die Frau eine gewisse Bereitschaft zeigt, sich überhaupt mit den angesprochenen sozialen Hilfen auseinanderzusetzen und wenn sie noch offen ist, die Schwangerschaft auszutragen, wird man ein sinnvolles Gespräch führen können. Trotzdem

darf es nicht so sein, daß der Berater der Schwangeren die Entscheidung abnimmt. Es hat sich außerdem gezeigt, daß Frauen mit ambivalenter Grundhaltung meist keine sexuellen Erfahrungen haben und/oder kinderlos sind.

ad 2

Seelisch belastend und erniedrigend empfanden 20% der Frauen die Notwendigkeit der Sozialberatung.

" Aggressiv hat mich zunächst einmal der stereotyp bei allen Instanzen auftretende Satz gemacht, daß eine Abtreibung kein Mittel der Geburtenregelung sei. Das weiß ich selbst, und ich gehöre nicht zu den Frauen, die jedes Jahr zum Abbruch auftauchen. Zudem sehe ich nicht ein, was Pro familia so intensiv in meinem Privatleben zu forschen hatte. Das ging bis zur Frage nach dem Vater des Kindes und nach seinem Charakter. Solche Fragen stehen in keinem Zusammenhang mit dem lächerlichen Schein, den man ausgestellt bekommt. Diese Stelle hat ihre eigene Rolle ganz offensichtlich noch nicht definiert, weiß also noch nicht, ob sie als Arzt, Sozialarbeiter oder Pfarrer auftreten soll. "

Als Resümee liegt vor:

So zustimmend die Einstellung zur sozialen Beratung auch ist, so ablehnend wird sie beurteilt, wenn die Beratung so erfolgt, wie sie ursprünglich geplant war:

Als mögliches Regulativ der getroffenen Entscheidung.

Gerade diese Entscheidungshilfen sind unerwünscht.

Der Ort der Entscheidungsfindung (Pro familia) für die Schwangere liegt mit Sicherheit in den meisten Fällen außerhalb der Beratungsstellen.

- a) die betroffenen Frauen haben meist schon einige Zeit Kenntnis von der bestehenden Schwangerschaft, konnten also ihre Lage mit den Bezugspersonen besprechen und deren Einstellung erfahren: positiv oder negativ

- b) selbst haben sie auch schon zum Teil Erkundigungen eingeholt, die ihre persönliche, zukünftige Lebenssituation betreffen.
- c) sie sehen, daß die realen, sozialen Lebensbedingungen oftmals keine andere Entscheidung als den Abbruch zulassen.
- d) es werden emotionale Entscheidungen getroffen, die, bedingt durch die ganz bestimmte psychische Persönlichkeitsstruktur, ein Austragen der Schwangerschaft in keinem Fall zulassen

Punkte, die von vorne herein die Bereitschaft zum Gespräch krass herabsetzen.

Wenn dennoch das sozial beratende Gespräch eine überwiegende Zustimmung findet, dann doch wohl aufgrund seiner Alibifunktion. Die Beratung vermittelt der Frau die Möglichkeit, genugtuend festzustellen, verantwortungsvoll das Für und Wider abgewogen zu haben. Aufgrund dieser Erfahrung erscheint es kaum vorstellbar, daß der Prozentsatz der Frauen, die umgestimmt werden können, ins Gewicht fällt.

Wenn also die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in großen Lettern behauptet:

" Vor der Entscheidung steht die Beratung ", so irrt sie. Die Entscheidung ist längst gefallen. Die Klientin will nur eins vom Berater: Die benötigte Bescheinigung, um überhaupt weitere Schritte unternehmen zu können.

Ein Arzt, tätig in einer Modellberatungsstelle, formuliert das so:

" Auch im Gespräch mit Kollegen höre ich es immer wieder: Das eigentlich Frustrierende an der Beratungstätigkeit ist ja, daß die Entscheidung meist schon getroffen ist. Da fühle ich mich leicht in die Rolle desjenigen gedrängt, der durch Erledigen der Formalitäten allein den legalen Weg einhalten hilft. . . " Als weiteres Problem wird der vorhandene Zeitdruck angeführt, der häufig, selbst bei Frauen mit ambivalenter Grundhaltung, zu keinem befriedigenden Ergebnis kommen läßt.

Folgendes läßt sich also zusammenfassend sagen:

Mit großem finanziellen und personellen Aufwand ist die soziale Beratung in den Vordergrund gerückt worden. Als der zentrale Punkt, um den alles kreist. Sie soll in jeder möglichen Weise die Entscheidung zum Abbruch als den letzten Ausweg im Rahmen eines psychologischen Gesprächs darstellen. In Wirklichkeit ist es so, daß die Frau nur noch ihren "Schein" braucht. Sie reagiert sogar aggressiv, wenn der Berater versucht, sie in ein persönliches Gespräch zu verwickeln.

Der Ausweg - die Alibifunktion, wie oben genannt, als solche erkennen und abschaffen und stattdessen die freiwillige Beratung einführen? Es wäre mit Sicherheit eine harte Einsicht, aber wahrscheinlich die beste.

Welchen Sinn hat dann erst die Beratungsstelle, in der derjenige, der die Indikation stellt, auch das soziale Beratungsgespräch durchführt. Welchen Sinn sollen denn Beratungsgespräche überhaupt haben, wenn nicht den " pro familia ", " pro infantibus " für die Kinder den Kampf zu gewinnen, gegen den Versuch, sie zu töten. (S. Ernst/1978)

Zur freiwilligen Beratung sei das Modell Dänemark angeführt, wo sich herausgestellt hat, daß diejenigen, die vor dem Abbruch zur Beratung gingen, nicht zufriedener waren als diejenigen, die dieses Angebot nicht wahrgenommen haben. " Wollte man den Wert von prinzipiell freiwilliger Schwangerschaftskonfliktberatung wissenschaftlich bestimmen, müßte man Methoden verwenden, die aus ethischen Gründen nicht zu rechtfertigen wären: man müßte die Schwangeren ungeachtet ihrer persönlichen Wünsche willkürlich in Gruppen aufteilen mit und ohne Schwangerschaftskonfliktberatung und später unterschiedliche Entwicklungen zwischen beiden untersuchen. " (Pro familia/1977)

Je nach Ergebnis wären damit die Beratungsstellen als solche in Frage gestellt.

Die " Europäische Ärzteaktion " hat in ihren Denkschriften an den Deutschen Bundestag insbesondere sehr scharf die als " juristische Konstruktion " bezeichnete soziale Pflichtbetreuung kritisiert. Sie wies darauf hin, daß es sich hier um einen Schwindel handelt, der nicht der Neuordnung des Paragraphen dient, sondern seiner praktischen Beseitigung. (S. Ernst/1978)

Wenn schon überhaupt soziale Beratung, dann sollte diese doch wohl am Anfang aller Schritte stehen, die die Schwangere vornehmen kann. Es nützt doch wohl wenig, wenn eine Schwangere, die die Indikation zum Abbruch bereits bescheinigt bekommen hat, nun die soziale Beratung aufsucht. Ehrlicher wäre es, wie schon angesprochen, die Teilnahme an der Beratung freiwillig zu gestalten mit dem Risiko, daß vielleicht nicht jede beratungsbedürftige Frau zur Beratungsstelle kommt. Für solche Fälle aber steht in jedem Falle die Tür zur psychologischen Nachsorge offen.

Diese angebotene Hilfe wird allerdings heute von keiner Frau angenommen, vielleicht, weil auch hier eine gewisse Unsinnigkeit vorliegt, wie sie die Frauen schon in der sozialen Beratung vor dem Abbruch kennengelernt haben.

b) Die Familienplanungsberatung

Geburtenkontrolle oder Familienplanung (Birth control, planned parenthood) sind nur vom Wort her neue Begriffe, der Wunsch, eine Schwangerschaft zu verhindern, oder die Größe der eigenen Familie selbst zu bestimmen, ist Jahrtausende alt. Schon Soranus, ein in Rom praktizierender griechischer Arzt, hat vor mehr als 1800 Jahren erkannt, daß es besser sei, die Empfängnis zu verhüten als abzutreiben. Der amerikanische Biologe Gregory Pincus (1903 - 1967) war der erste, der sich seit 1934 mit der Kontrazeption auf hormonalem Wege befaßte. (Pincus/1958)

Die Präparate, die auf der Basis erster Überlegungen 1955 vorgestellt wurden, genügten schon heutigen Ansprüchen. Heute zeigen sie hohe Zuverlässigkeit und sind allgemein zumutbar.

Werden sie angewandt?

Runte (1978) stellte bei 100 Frauen die einen Abbruch vornehmen ließen, folgendes fest:

30 der Frauen haben überhaupt keine Antikonception betrieben. Da er annimmt, daß einige Frauen es tunlichst vermieden haben, sich zu dieser Nachlässigkeit zu bekennen, dürfte der Prozentsatz noch viel höher liegen. Auf 46% kamen 1975 eine Studie der Universitätsklinik Basel.

Nach ihrer Zuverlässigkeit gemessen haben:

21% unzuverlässige Methoden angewandt.

27% Methoden mittlerer Zuverlässigkeit.

22% Methoden großer Sicherheit.

So ist festzustellen, daß (zumindest) jede zweite unerwünschte Schwangerschaft (51%) bei fehlender oder höchst mangelhafter empfängnis-verhütender Sorgfalt entsteht.

Als Beispiel:

Bei den Frauen, die trotz Einnahme der Pille schwanger wurden, wiesen etwa ein Drittel auf Einnahmefehler hin, denen sie keine grös-

sere Bedeutung beimaßen.

Man kommt also schon bei der geringen Anzahl von hundert Fällen ganz klar zu dem Ergebnis:

Den meisten der hier betroffenen Frauen ist nachlässiges, wenn nicht sogar verantwortungsloses kontrazeptives Verhalten anzulasten. Von den 5 vorwiegend praktizierten, empfängnisverhütenden Methoden sind zwei völlig unzuverlässig, wobei noch hinzukommt, daß die Knaus-Ogino-Regel nur geschätzt wurde.

Aufklärung der Bevölkerung dürfte der gravierendste Punkt sein. Es gilt, die Trommel für kontrazeptives Verhalten zu rühren und nicht, den Schwangerschaftsabbruch zu erleichtern. Wäre in dem Maße, indem der Schwangerschaftsabbruch enttabuisiert wurde, dasselbe Gewicht auf Aufklärung gelegt worden - es wäre mit Sicherheit effektiver gewesen.

Stattdessen ist die Mehrzahl der Betroffenen angewiesen auf Halbheiten, wie sie etwa in Illustrierten und Zeitschriften zum Thema Anti-konzeption angeboten werden. Es ist festzustellen, daß gerade zwischen den vierzehn bis zwanzig-jährigen jungen Menschen eine geradezu beängstigende Ahnungslosigkeit im Hinblick auf Schwangerschaftsverhütung festzustellen ist. Sie begreifen nicht, daß hier LEBEN entstehen kann. Sie begreifen ebenso wenig, was es bedeutet, dieses Leben wieder töten zu müssen. (M. Reineck/1978)

Aber dank der überall geführten Diskussion über die gesetzliche Neuregelung des § 218 hat jedermann begriffen, daß man Schwangerschaften relativ leicht abbrechen kann.

Wird aber Schwangerschaftsverhütung betrieben, so hat sich herausgestellt, daß viele, und nicht nur jüngere Frauen, immer öfter auf teilweise unverantwortliche Werbung chemischer Industrien hereinfallen, gegen deren Versprechungen kein Kraut gewachsen ist. Oder die Diskussion über die krebsfördernde Pille läßt viele Frauen schlagartig die Einnahme unterbrechen. Es fehlt einfach an sachlicher Aufklärung, nicht zuletzt auch über die gemeinsame Verantwortung von Mann und Frau.

Obwohl die modernen und wirkungsvollen Kontrazeptiva der Frau immer noch oft emotionale Ablehnung hervorrufen, da sich viele Frauen noch nicht an die Trennung von sexueller Erfüllung und reproduktiver Fähigkeit gewöhnt haben, steht dem gegenüber die hohe Rate derer, die gar keine Methode anwenden und sich auch keine Gedanken machen.

Dies schlicht eine Verantwortlosigkeit zu nennen, ist fast schon eine Verharmlosung.

Man sollte stets bedenken, daß es ja wieder einmal die Gesamtheit aller ist, die mit ihren Krankenkassenbeiträgen die Aufwendungen für den legalen Schwangerschaftsabbruch mittragen muß.

Staatssekretär Wolters vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat am 5. Juli 1977 in einer Pressekonferenz gesagt, daß etwa 1850 Betten in deutschen Krankenhäusern zur Verfügung ständen was je nach Verweildauer für jährlich 100.000 bis 250.000 (!) Abtreibungen ausreiche. Die Krankenversicherungen müßten jährlich aus den Beiträgen der Versicherten für die Kosten der Schwangerschaftsabbrüche ca. 80 Mio. DM aufbringen. Ist es bei durchschnittlich 2000. - pro Abbruch überhaupt noch vertretbar, in dieser Weise die Allgemeinheit für die Nachlässigkeit und Verantwortungslosigkeit einzelner aufkommen zu lassen? Ist es nicht geradezu eine Ermunterung wenn sogar von 250.000 Schwangerschaftsabbrüchen die Rede ist gegenüber jetzt 60.000?

Es ist überhaupt die Frage, inwieweit das alles mit " größerer Effektivität des Lebensschutzes " zu tun hat, wie Bundesjustizminister Vogel in der 3. Lesung zur Rechtfertigung des Gesetzes sagte.

Es ist in vero so, daß der am meisten gefährdete Daseinsbereich der menschliche Embryonalzustand ist. Rechnet man 60.000 legale und geschätzte 60.000 illegale Abbrüche, so sind das 120.000 Abbrüche im Jahr. Im Jahre 1976 wurden in der Bundesrepublik 514.204 deutsche Kinder geboren, d.h. fast jedes 5. Kind wurde vor der Geburt getötet.

Eine solche Leichtfertigkeit kann nur dann entstehen, wenn die Voraussetzungen gegeben sind, d.h. wenn der Schwangerschaftsabbruch in aller Munde ist, hoffähig geworden ist und demgegenüber die Frage der Kontrazeption einfach vernachlässigt wird.

Pro familia:

" Ungewollte Schwangerschaft sollte in jedem Falle durch Kontrazeption vermieden werden und ein Abbruch sollte wirklich nur als allerletzter Ausweg erwogen werden, wie sicher die modernen Verfahren des Abbruches im ersten Trimester auch immer sein mögen."

Vom rein medizinischen Standpunkt aus, vom Risiko her gesehen, ist diese Ansicht sicherlich richtig, aber auch bedenklich. Wegen des Mangels einer "Moralphilosophie", die Abbrüche auch ethisch rechtfertigt. Ist sie erst vorhanden und die Methode nicht risiko-reicher als die Entfernung von Polypen, sieht das Problem wiederum völlig anders aus. " Trotz des allgemeinen Konsenses (in Bezug auf Abbrüche und Kontrazeption) werden Zweifel darüber geäußert, daß es in der Sache selbst liegende Vorteile von irgend einem Verfahren der Empfängnisverhütung gegenüber fachgerecht ausgeführten Schwangerschaftsabbrüchen gibt, oder anders ausgedrückt, ob es aus der Sicht der Frau notwendigerweise die schlechteste Lösung ist, sich bei der Geburtenregelung ganz oder teilweise auf Schwangerschaftsabbrüche zu verlassen. Daten aus England zeigen übereinstimmend, daß das Mortalitätsrisiko im ersten Trimester bei 2 von 100.000 liegt und damit identisch mit dem Jahresrisiko von oraler Kontrazeption, deren Systemeffekte größer sind und deren Auswirkungen auf die Reproduktionsfähigkeit für ebenso weitreichend gehalten werden.

Und weiter:

Wenn die Gesundheitsrisiken für die Frau bei frühzeitigem Abbruch unter Benutzung der heute verwendeten Techniken mit denen der beliebtesten und am weitesten verbreiteten Methode der oralen Kontra-

zeption vergleichbar sind, ist es noch sehr die Frage, ob wiederholte, nach in der Zukunft neu zu entwickelnden Verfahren vorgenommene Abbrüche zusammengenommen ein größeres Gesundheitsrisiko darstellen sollen als jenes, das bei langfristiger Einnahme der Pille gegeben ist.

Die sog. "Zukunftsaussichten" gipfeln im folgenden:

Die Entwicklung neuer Verfahren, besonders auf dem Gebiet der Gebärmutterhalserweiterung, berechtigt zum Optimismus. Trotz des bereits erreichten hohen Leistungsstandes ist der technologische Fortschritt im Bereich des Schwangerschaftsabbruches durch die Opposition gegen jedwede Regelung dieser Frage beträchtlich gebremst worden"

Im Klartext heißt dies, daß wir in absehbarer Zeit wahrscheinlich keine Kontrazeptiva mehr benutzen werden, sondern ein- bis zweimonatliche Kontrollgänge beim Arzt zeigen werden, ob es wieder einmal an der Zeit ist, - krass gesagt: - eine Säuberungsaktion zu starten. Es ist dann nur noch eine Frage der Gewöhnung, aber auch das nur eine Frage der Zeit. In dieser Situation werden die Kirchen ganz isoliert dastehen und behaupten wollen, daß der Fötus bereits Individuum ist. Das Verhalten der Ärzte, besonders der jungen Generation, die damit als Selbstverständlichkeit konfrontiert ist, ist vom heutigen Standpunkt nicht kalkulierbar. All diese Zukunftsaussichten sind ernsthafte Überlegungen einer Organisation wie Pro familia.

Die Problemstellung der Kontrazeption allerdings läßt sich heute noch nicht vom Tisch fegen.

Wenn es möglich war, die Werbetrommel mit erheblichem finanziellem Aufwand für die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches zu rühren, sollte selbiges doch wohl auch möglich sein in Bezug auf Familienplanung und Aufklärung.

Das Modellprogramm " Beratungsstellen " umfaßt folgende Kosten

- | | |
|---|----------|
| - Gesamtkosten einschließlich der wissen-
schaftlichen Begleitung von Beginn bis
1977 | 11,7 Mio |
| - Kosten 1978 | 6,2 Mio |

Dies sind bei 54 Beratungsstellen jährliche Kosten von 115.000 DM.

Demgegenüber stehen die Aufwendungen für Aufklärung über Familienplanung:

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| - Gesamtkosten von 1973 bis 31.12.77 | 10,3 Mio |
| - Kosten 1978 | 0,8 Mio |

Wurden bis 1977 noch 2,6 Mio DM pro Jahr für Aufklärung über Familienplanung ausgegeben, so sind es 1978 225% weniger. Die 10,3 Mio DM hat die Bundesregierung bisher laut eigenen Angaben für eine breit angelegte Aufklärungskampagne unter dem Stichwort " Familienplanung " ausgegeben. Diese Kampagne bediente sich aller Medien. In Fernsehfilmen und Fernsehspots, in Anzeigen und Artikelserien, wurden Fragen der Empfängnisregelung, der Schwangerschaft, usw. behandelt, sowie auf das zur Verfügung stehende Material hingewiesen. Eine der wichtigsten Fragen der Empfängnisregelung behandelnde Informationsschrift ist die Broschüre mit dem Titel: " Jedes Kind hat ein Recht, erwünscht zu sein " und " Jede werdende Mutter hat ein Recht auf Hilfen. "

Runte (1978) sagt dazu: " Was mich an diesen - ja durchaus sinnvollen - Informationsschriften stört, ist der Tenor einer Interessengruppe, der Rechte seiner Schützlinge herausstellt, ohne die Pflichten gleichrangig zu behandeln. In diesem Zusammenhang hätte zum Beispiel das Verdeutlichen von Pflichten jene Rechte stärker mit-

berücksichtigt, die nicht derart fordernd herausgestellt werde:
Die Rechte des werdenden Kindes. Ich meine, man sollte mit
Slogans gerade hier zurückhaltend sein. "

Im Jahre 1978 hat man den Etat um 225% zurückgeschraubt auf
0,8 Mio DM. Demgegenüber stehen die 80 Mio DM jährlich, die
für die rund 85% im Krankenhaus durchgeführten Abbrüche anfallen,
rechnet man durchschnittlich 2.000 DM pro Abbruch.

Natürlich ist zu berücksichtigen, daß nicht jede ungewollte Schwan-
gerschaft auf eigene Nachlässigkeit zurückzuführen ist, aber ein
sehr großer Teil doch, wie oben ausgeführt. Und legale Schwanger-
schaftsabbrüche hat es immer gegeben, aber nicht in solchem
Maße.

Wenn nun Kritiker behaupten, auch die Aufklärung der Bevölkerung
helfe nichts - eine Untersuchung hierüber wird zur Zeit im Auftrag
des Ministeriums durchgeführt - so muß man eben einen Schritt wei-
tergehen. In unserer liberalen Zeit ist es doch völlig unverständlich,
daß Kontrazeptiva noch mit einem Tabu behaftet ist. Wären sie
selbstverständlich und für jedermann im Supermarkt erhältlich,
sähe wiederum vieles anders aus. Ein finanzielles Problem gibt es
sicher nicht, der Bequemlichkeit und Scheu könnten so entgegenge-
wirkt werden.

Auch das Kontrazeptionsverhalten ist abhängig von der " Volkser-
ziehung ", ebenso wie viele andere Dinge im Lauf der Zeit enttabui-
siert wurden, sollte es auch auf diesem Gebiet möglich sein, eine
Lösung zu finden.

5. Das Risiko des Schwangerschaftsabbruches

Die Schätzungen über die Anzahl der jährlichen Schwangerschaftsabbrüche vor 1976 reichen von einer Zahl zwischen 50.000 und 2 - 3 Mio. 90% der Fehlgeburten sollen allein durch einen kriminellen Eingriff erzeugt worden sein. Die Zahl der Todesfälle nach illegalem Schwangerschaftsabbruch weist einen stetigen Rückgang auf. So sind nach der amtlichen Todesursachenstatistik für das Land NRW für das Jahr 1968 14 und für 1969 10 Todesfälle nach krimineller Abtreibung registriert worden. Nach Schätzungen sollen jedoch etwa 500 Frauen jährlich an den Folgen illegaler Schwangerschaftsunterbrechung sterben.

Als bemerkenswert wird allgemein festgestellt, daß die Letalität nach legaler Interruption nicht kleiner ist als beim kriminellen Schwangerschaftsabbruch (Trube-Becker/1974) Damit wäre das Argument vieler Politiker entkräftet, daß unter dem Gesichtspunkt, daß sowieso Schwangerschaften abgebrochen würden, diese Handlung wenigstens in die Hand eines erfahrenen Arztes statt eines Kurpfuschers gehöre.

Auch nach der Neuregelung des § 218 " gehört es zur Pflicht des Arztes, die Frau über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte " aufzuklären (§ 218 b Abs. 1.2).

Der Komplikationskatalog will die Frau nicht verunsichern, sondern aufklären. Er dient allerdings auch als gewisser Schutz für den Arzt, der den Eingriff vornimmt. (Runte/1978) Runte fragte seine Patientinnen selbst, wie diese Konfrontation mit dem Operationsrisiko aufgefaßt wurde. 65% der von ihm befragten Frauen hielt die Aufklärung für sinnvoll, 18% als Absicherung des Arztes, 9% für einen Einschüchterungsversuch und 8% als unnötige seelische Belastung.

Immerhin ist die Komplikation nach durchgeführter Interruption Anlaß genug gewesen, im Gesetzestext festzuhalten, daß : ein Schwanger-

schaftsabbruch " nur in einer Klinik vorgenommen werden darf und in einer Arztpraxis nur dann, wenn Vorkehrungen für eine fachgerechte Nachbehandlung getroffen sind und die Praxis dafür zugelassen ist. "

Siehe auch nachfolgende Statistik von Christopher Tietze.
(C. Tietze/1978)

Tabelle 2: Sterblichkeit nach legalem Schwangerschaftsabbruch, nach der Schwangerschaftsdauer: Vereinigte Staaten, 1972-1975⁺)

Wochen	Legale Schw. A.	Todesfälle	Sterblichkeit auf 100.000
8 oder weniger	1.327.300	8	0,6
9-10	961.300	16	1,7
11-12	534.600	19	3,6
13-15	184.900	13	7,0
16 oder mehr	256.000	48	18,8

⁺) Christopher Tietze, M.D., Population Council New York, 1977

318 Heft 6 vom 9. Februar 1978 DEUTSCHES ÄRZTFBLATT

Unter Komplikationen versteht man alle vom normalen Verlauf einer Interruptio abweichende Befunde, auch einmalige Temperatursteigerungen über 37,5 Grad Celsius. Man unterscheidet Früh- und Spätkomplikationen und allgemeine Störungen. Unter Frühkomplikationen versteht man direkte Folgen des Eingriffs wie Harnwegsinfekte, leichte Blutungen sowie auch Cervixrisse, Perforationen und Embolien, wobei die schweren Störungen etwa ein Drittel aller Komplikationsfälle ausmachen.

Aus den Frühkomplikationen resultieren überwiegend die Spätkomplikationen, wie Sterilität, Infertilität und pathologische Geburtsverläufe bei späteren Geburten, basierend auf Entzündungen und mechanischen Verletzungen. Nach Barthel, Stockhammer und Stampehl zeigen sich nach Cervix- und Uterusverletzungen

- Verdopplung der Abortquote
- Verdopplung bis Verdreifachung der Frühgeburtenquote bei Entzündungen an Uterus und Adnexen
- Verdopplung der Zahl von Extrauterin gravidität
- sowie die große Zahl von sekundärer Sterilität, die nach Seewald et al. 10% betragen soll.

Es war sogar von Arvay und Racis nachweisbar, daß von 65% von Erstschwangeren bei denen eine Interruptio vorgenommen wurde, keine Schwangerschaften mehr eintraten. (Barthel, Stockhammer und Stampehl/1978)

Neben diesen Komplikationen müssen auch solche im allgemeinen Bereich Beachtung finden, z. B. psychische und sexuelle Störungen bei, je nach Literaturangabe, 2 - 60% der Frauen, wobei intelligentere Frauen deutlich höhere Anfälligkeit zeigen. (s. Kap. seelische Folgen)

Auch Immunisierungserscheinungen bei rh-negativen Frauen sollten Erwähnung finden. Am Beispiel der Universität Mannheim zeigt sich, daß von 200 behandelten Patientinnen 20 gleich 10 % eine oder mehrere Frühkomplikationen zeigten. Davon mußten 11 spezifisch behandelt werden. Die stationäre Verweildauer betrug höchstens 10 Tage.

Frühkomplikationen (n = 200)

Frühkompl.	Gesamt				
	bis 25 J.	über 25 J.	bis 12 W.	über 12 W	
Blutungen über 400 ml	5%	4%	1%	1%	4%
Cervixläsio	-	-	-	-	-
Fieber über 38 Grad C	3,5%	2,5%	2,0%	3%	0,5%
Entzünd. im kl. Becken	3,5%	1,5%	2,0%	3%	0,5%

In Bezug auf Komplikationen ist das Schwangerschaftsalter von entscheidender Bedeutung, folgende Tabelle beweist dies:

Graviditätsalter	(n = 200)
bis 8. Woche	14%
9. bis 12. Woche	74%
über 13 Wochen	12%

G. Wolters bringt in seinem Bericht über Komplikationen nach ambulant durchgeführter Interruptio das Beispiel von 394 infizierten Aborten aus dem Krankengut der Univ. Frauenklinik Mannheim. 17 der Patientinnen hatten in anderen Ländern eine Interruptio durchführen lassen. Entgegen den oben genannten Autoren stellte man keine Beziehung zwischen Alter der Gravidität und der Schwere der Komplikationen fest (Wolters/1976)

Ursachen für die stationäre Aufnahme waren auch in diesen Fällen Blutungen und spezifische Unterbauch- und Fluorbeschwerden. Über Todesfälle wird aus keiner der beiden Kliniken berichtet. Zur Komplikation beim Schwangerschaftsabbruch weist Pro familia daraufhin, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchten, über die mit fortschreitender Schwangerschaft gewichtiger werdenden Kontraindikationen informiert werden müssen, insbesondere beim Überschreiten der 10 Wochenfrist. Obwohl die im europäischen Raum veröffentlichten Daten wenig umfangreich geblieben sind, gibt es doch einige Anzeichen, die den Schluß zulassen, daß trotz der Verwendung starrer Instrumente die Komplikationsrate bei Abbrüchen bis zur max. 7. Woche seit der letzten Menstruation höher ist als bei zwischen der 7. und 10. Woche durch vorgenommene Eingriffen.

Unter 7 Wochen	1,3 %
7. bis 8. Woche	0,4 %
9. bis 10. Woche	0,6 %

Aus: Anteil schwerwiegender Komplikationen beim Schwangerschaftsabbruch in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer (Pro familia/ 1976)

Eines ist in jedem Fall klar zutagegetreten: Der Schwangerschaftsabbruch als solcher ist mit vollem medizinischem Risiko behaftet, sei er nun legal oder illegal durchgeführt. Die Frauen, die einen solchen Schritt tun, sollten darum, wie es auch der Gesetzgeber vorschreibt, über das Risiko, sei es in Form von Früh- oder Spätkomplikationen, aufgeklärt werden. Jede Verharmlosung des Eingriffes ist fehl am Platze.

Zur Zeit untersucht eine " Arbeitsgruppe zu Komplikationen bei Schwangerschaftsabbrüchen " unter dem Vorsitz von Dr. Christopher Tietze (USA) im Rahmen eines Programms der WHO (Weltgesundheitsorganisation) folgende Probleme:

- a) frühe Komplikationen in Abhängigkeit vom gewählten Verfahren.
Z.B. Vollnarkose oder örtliche Betäubung, ambulanter Abbruch oder längerer Klinikaufenthalt. Gleichzeitig oder später vorgenommene Sterilisation.
- b) Langzeitfolgen von Abbrüchen in Bezug auf spätere Unfruchtbarkeit und spätere Schwangerschaften.
- c) Psychologische Folgen von legalen Abbrüchen.
- d) Die gesundheitlichen Folgen von illegalen Abbrüchen.

Ergebnisse liegen noch nicht vor, da das Projekt gerade angelaufen ist. Weltweit zusammengestellte Zahlen dürften wohl Aufschluß geben. Auch die Eingriffsarten weisen unterschiedliche Komplikationshäufigkeiten auf.

Vakuumaspiration	4,6%
Curretage	5,5%
vaginale Hysterotomie	10,0%
abdominale Hysterotomie	15,0%
Hysterektomie	19,0%
medikamentöser Abbruch	9,0%

Die Narkosezwischenfälle betragen 1%.

Vor der 13. Schwangerschaftswoche stand der Blutverlust bei den Komplikationen im Vordergrund. Er kam über 8 mal häufiger vor als bei Abbrüchen vor der 8. Woche.

(s. auch Kapitel: Anhang)

6. Seelische Folgen nach dem Schwangerschaftsabbruch

Nach dem Aufzeigen von medizinischen Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch sei noch auf die erwähnten psychischen Folgen nach vorgenommenem Abbruch hingewiesen. Die Angaben in der Literatur schwanken von 2 bis 60% nach durchgeführter Interruptio. (Wolters/1976)

Petersen spricht von 4 bis 9%. (Petersen/1977) In seinem Artikel bringt er zur Sprache, daß auch das Problem der seelischen Verarbeitung der Interruptio noch nicht wissenschaftlich erhellt worden ist. " Wo liegen wohl die Gründe für unser Nichtwissen auf einem Gebiet, daß schon seit Jahrtausenden in der Menschheitsgeschichte praktiziert wird - sei es legal oder illegal, sei es bei zivilisierten oder urtümlichen Völkern? In Westeuropa haben wir seit der Jahrhundertwende ein wissenschaftlich einwandfreies methodisches Instrumentarium zur Verfügung, welches eine rationale Aufhellung zuläßt. Wenn dieses Instrumentarium nicht oder nur unzureichend angewandt wurde, liegt das vielleicht an der Sache selbst. Das heißt, daß das Objekt einer rationalen Untersuchung auch für uns Westeuropäer emotional so stark beherrscht wird, daß wir lieber das Dämmerlicht mystischer Irrationalismen in Kauf nehmen als mit Hilfe einer einwandfreien Untersuchungsmethode eine, vielleicht unangenehme, Klarheit zu erhalten? Ist das Thema Fruchtbarkeit, Kinderwunsch, Zeugung und ebenfalls Abort für Beteiligte und Unbeteiligte von existentieller Bedeutung, daß wir erst allmählich den Mut fassen, uns damit methodisch und sachlich auseinanderzusetzen? "

Immerhin gibt es Angaben über seelische Folgezustände, wenn auch dieses Problem während der Debatten um die Neuregelung des § 218 anscheinend keine entscheidende Rolle spielte.

In den meisten, aber nicht allen europäischen Ländern, kommt die individuelle Bewertung verschiedener Schuldgefühle in den gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch und zur Kontrazeption zum Ausdruck und kann in kulturellem Zusammenhang gesehen werden. (Pro familia/1976) In engem Zusammenhang mit diesen Schuldgefühlen steht die weitverbreitete ethische Überzeugung, daß das Ungeborene ein Recht auf Leben habe. Eine Überzeugung, die keineswegs nur den christlichen Religionen im allgemeinen und der römisch-katholischen Kirche im besonderen zu eigen ist.

Man sollte unterscheiden zwischen den psychischen Folgen des Schwangerschaftsabbruches und den mit dem Eingriff zusammenhängenden Schuldgefühlen. Schuldgefühle sind eine völlig natürliche Begleiterscheinung verwerflicher Taten. Sie treten vor und nach der Tatausführung auf. Ist die Tat von sich aus verwerflich, sollte unser Schuldgefühl uns daran hindern, sie auszuführen, oder unser schlechtes Gewissen nach der Tat sollte eine Wiederholung verhindern. (Guardini/1977)

Uns stellt sich nun die Frage: Ist ein Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Voraussetzungen das kleinere von zwei Übeln oder Ist der Schwangerschaftsabbruch gleichzusetzen mit der Anwendung kontrazeptiver Methoden? Oder ist er sogar mit Mord gleichzusetzen, wie Gegner des § 218 behaupten, die von "Abtreibung" und "Abtreibungskliniken" reden. Die ganze Hilflosigkeit der mit Schuldgefühlen beladenen Frau gegenüber zeigt sich in Äußerungen wie diesen:

" In der Praxis wird die Schwangere ihren Berater früher oder später fragen, ob sie seiner Meinung nach mit dem Abbruch ihr ungeborenes Kind tötet. Was soll der Berater darauf antworten? Ob er sich dessen bewußt ist oder nicht: Hier fehlt uns die Stütze einer Moralphilosophie. Verschiedene miteinander im Wettstreit liegende Theorien beherrschen die Szene: z. B. das Recht der Frau auf Schwangerschaftsabbruch. Aber wo bleibt das Recht des Unge-

borenen auf Leben? Der Fötus mag leben, er mag menschlich sein. Aber ist er tatsächlich schon ein Mensch oder erst ein werdender Mensch? Was sind, wenn überhaupt, die Rechte eines werdenden Menschen im Vergleich zu den Rechten des bereits lebenden Menschen? In wie weit sind wir berechtigt, den Fötus bereits als Baby oder als Kind zu bezeichnen? " (Pro familia/1977)

Ich verweise auf die Einleitung, auf die moraltheologischen und ärztlichen Standpunkte, bzw. wissenschaftlich untermauerte Thesen! Wie kann eine Organisation wie Pro familia, die ja den Anspruch erhebt, maßgeblichen Anteil an der heutigen Sexualberatung und Familienplanung zu haben, sich so abseits stellen? Man kann doch nicht den Blick vor der Realität verschließen: " Im Gegensatz zu unserer festen Überzeugung haben wir immer noch keine fundierte Moraltheorie, die das Recht der Frau auf ein medizinisch einwandfreien Schwangerschaftsabbruch untermauert. Wir sind uns bewußt, daß eine Alternative zum legalen Schwangerschaftsabbruch die illegale und von Kurpfuschern ausgeführte Abtreibung ist, wobei der medizinisch einwandfreie Eingriff als Alternative vorzuziehen ist. "

Dahingestellt sei ein Wort Kardinal Höffners (1977) " In den nächsten Jahren wird die Zahl der älteren Menschen auch der Pflegefälle sehr stark ansteigen, während die Zahl der Geburten sinkt. Nehmen wir an, es käme häufiger vor, daß dahinsiechende alte Menschen umgebracht würden, von Nichtfachleuten. Dürfte man dann sagen: Damit die Tötung durch Fachleute qualfrei geschieht, erkläre ich die Ärzte in solchen Fällen für straffrei? "

Bei Pro familia heißt es, daß der Streit um die ethische Begründung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht kraft innerer Logik ein religiöser Konflikt ist. Noch viel weniger sei es das absolute Vorrecht einer bestimmten christlichen Richtung, den einzigen möglichen moralischen Standpunkt in dieser Diskussion zu beziehen.

Aus diesen Gründen müsse in Europa der moralische Aspekt von Schwangerschaftsabbrüchen noch von DER Moralphilosophie dargestellt werden, die sich bewußt von der Moralthologie bestimmter religiöser Richtungen abhebt.

" Dennoch haben wir es nicht mit einem philosophischen Problem zu tun, die Frage nach der Rechtfertigung hat eine extrem praktische Komponente, von der wir alle bei verschiedenen Gelegenheiten während unseres Lebens betroffen sein können. "

Heißt dies im Klartext, daß wir dringend eine Moralphilosophie benötigen, die Abbrüche rechtfertigt, die der sich " schuldig " fühlenden Frau vorgelesen wird und die sie dann den Abbruch ohne weitere Folgen seelischen Ursprunges vergessen läßt?

In einer Arbeit von Brody, Meihle und Gerritse, die eine Kontrollgruppe mit einer anderen hinsichtlich der psychischen Verarbeitung der Interruptio vergleicht, kommt zum Ausdruck, daß sich die anfänglich pathologischen Werte nach 6 Wochen deutlich gebessert haben, und zwar in Abhängigkeit von den durch die unerwünschte Schwangerschaft ausgelösten Angstzuständen und Depressionen.
(Brody, Meihle und Gerritse/1971)

Neben dieser anglo-amerikanischen Arbeit hat bereits Greve Studien geliefert und zwar hat er in drei Kategorien eingeteilt (Greve/1974)

1. Ohne Folgen und Bedenken
2. Schuldgefühl und Reue
3. Leichte und zeitweilige Folgen

Greve untersuchte 94 Fälle, davon waren

54,2 %	ohne Folgen
23,4 %	Schuldgefühle
22,3 %	leichte oder zeitweise Folgen

Runte liefert uns die Zahlen von 207 selbstuntersuchten Frauen, die zu 58% (= 121) bereit waren, über die seelische Verarbeitung des bei ihnen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruches Auskunft zu geben. Daraus ergab sich, daß das Stimmungsbarometer von " sehr niedergeschlagen " vor dem Eingriff auf " höchste Zufriedenheit " nach dem Eingriff stieg.

Insgesamt nach 4 bis 6 Wochen waren

76 %	zufrieden, indifferent
11 %	bekümmert, Stimmungsschwankungen
13 %	Schuldgefühle, Reue

Den Frauen wurden keine vorgefertigten Antworten nach dem multiple choice system zugeleitet und Runte wertet die hohe Rücklaufquote als Indiz für die Bereitschaft der Frauen, das Thema zu entmythologisieren.

Von den 121 Patientinnen zeigten 92 (= 76 %) keine seelischen Folgen. 29 (= 24 %) wiesen Veränderungen auf als Negativfolge des Eingriffs. Von den 29 zeigten 17 (= 13 %) schwere Konfliktzeichen.

Weitere interessante Kriterien waren, ob Alter, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Kirchenzugehörigkeit eine weitere Rolle bei der Bewältigung des Schwangerschaftsabbruches spielten. Hier die Ergebnisse, bezogen auf oben genannte Patientinnen.

Alter:

Jüngere Patientinnen (bis 23 Jahre) sind anfälliger als die ältere Frau. Die Konfliktmöglichkeit ist alterslos.

Familienstand:

Die ledige Frau ist konfliktanfälliger. Die verheiratete Frau ist nur bedingt gefestigter.

Religionszugehörigkeit:

Die katholische Frau entwickelt eher Schuldgefühle als die evangelische. Die konfessionslose ist am wenigsten anfällig.

Schulbildung:

Kein Unterschied

Kinderzahl:

Kein Unterschied

Fazit:

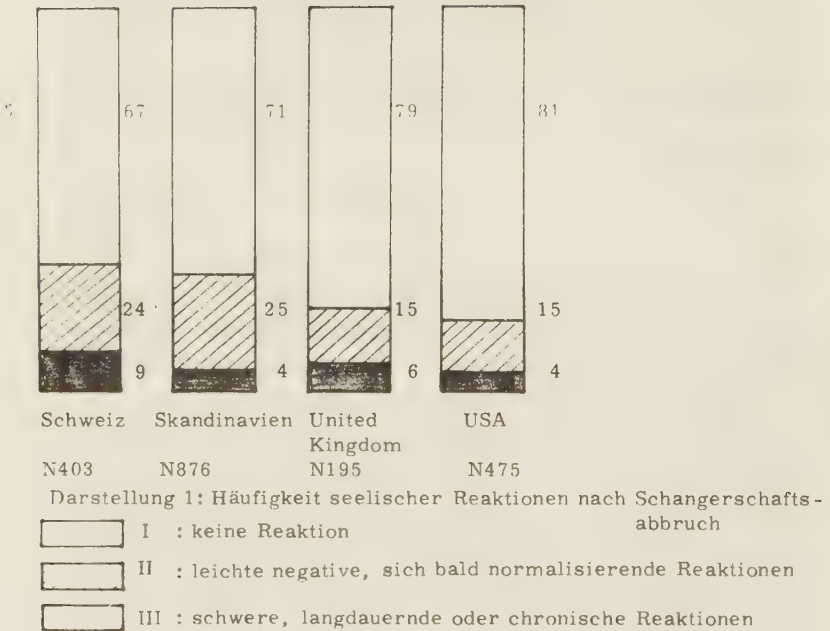
75% der untersuchten Frauen sind mit dem Eingriff zufrieden. Jede vierte Frau hat Probleme den Schwangerschaftsabbruch ohne langfristige, tiefe seelische Störungen zu verarbeiten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Petersen in einer Untersuchung über 2771 Frauen. Das sind sämtliche, in der Weltliteratur aufzufindende Fälle (Ostblock und Japan besitzen kein Material, die Bundesrepublik besitzt ebenfalls keine offiziellen Zahlen).

Auch in dieser Untersuchung zeigt sich, daß erwartungsgemäß die meisten Frauen mit Zufriedenheit und Entlastung reagieren, mit rascher Besserung psychiatrischer Beschwerden, wenn diese als Folge der unerwünschten Schwangerschaft auftraten. Ein geringerer Teil der Frauen erweist leichte, innerhalb weniger Wochen vorübergehende oder schwere, langdauernd bis chronische seelische Störungen auf. Dazu gehören depressive Verarbeitungen und depressive Persönlichkeitsentwicklung mit Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen über die als falsch empfundene Entscheidung, Angst vor Sterilität, psychosomatische Störungen als Ausdruck des unbewältigten Konfliktes. Über psychosoziale Auswirkungen, vor allem in menschlichen Beziehungen, ist kaum oder nichts zu erfahren.

Einteilbar sind die Verarbeitungsformen ähnlich wie oben:

1. positive Reaktion
2. leichte, sich bald normalisierende psychopathologische Reaktionen
3. schwere, chronische, psychopathologische Reaktionen



Die Darstellung macht deutlich, daß bei 4 bis 9% der Frauen mit einer chronischen, psychopathologischen Reaktion zu rechnen ist und immerhin 15 bis 25 % leichte, wenn auch vorübergehende Reaktionen zeigten.

Wenn auch diese Zahlen nicht aus deutschen Studien gewonnen sind, so sind sie doch in gewissem Sinne übertragbar und sollten nicht bagatellisiert werden. Die traumatisierende Wirkung des Eingriffs und der damit zusammenhängenden Umstände dürfen keinesfalls aus den Augen verloren werden.

Interessant ist noch zu erwähnen, daß das Thema Abort so gut wie nie Eingang findet in die vielen psychoanalytischen Therapien in

Deutschland. So hat z.B. H. Wiehler in seiner 15 jährigen Praxis als Nervenarzt keinerlei depressive Störungen nach legalem Schwangerschaftsabbruch behandelt. (Wiehler/1977)

Die Gründe, oder besser Grundvoraussetzungen für eine größere Konflikthanfälligkeit sieht Petersen vor allem in diesen Faktoren: Sozial isolierte Frauen und solche mit stark religiöser Bindung, bei mütterlichen Frauen und vor allem bei solchen, die von anderer Seite zum Abort gedrängt wurden, also nicht in eigener Initiative kamen. Infantile Frauen verarbeiten die Interruptio einfacher als solche mit reifer Persönlichkeit.

Auch der behandelnde Arzt hat einen wesentlichen Einfluß auf die spätere Verarbeitung in Bezug auf Beratung und Unterstützung der Frau, als unbedingt abzulehnen sind Ärzte, die selber eine konflikt-hafte Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch haben.

Eine Abstufung innerhalb der einzelnen Indikationsarten wollen einzelne Untersuchungen festgestellt haben, und zwar in dem Sinne, daß die soziale Indikation noch die " günstigste " Prognose hat, d.h. die wenigsten Konfliktfälle.

Erwähnenswert ist noch die Tatsache, daß kurzfristig, d.h. innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Abbruch die Zahl der Störungen eindeutig gering ist. Längerfristig allerdings, ca. 4 Jahre nach dem Eingriff, können mehr Störungen auftreten.

Diese Zahlen zeigen auf, daß die Problematik der seelischen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches ziemlich gewichtig ist. Um so erforderlicher sollte es sein, daß eine systematische Untersuchung mit größeren Katamnesezeiträumen (z.B. : wenige Tage, ein halbes Jahr, 2 Jahre, 5 Jahre, 10 Jahre nach dem Abbruch) stattfindet.

" Daß eine solche Untersuchung bald begonnen werden sollte, erfordert nicht nur die kollektive Bewegung in aller Welt, sondern auch die Tatsache, daß es vor allem mit der Ethik eines auf wissenschaft-

liche Fundierung pochenden Arzttums unvereinbar ist, weiterhin in einer so schwerwiegenden Frage von ganz allgemeiner Bedeutung mit einem u. a. von sogenannten sozialen Notwendigkeiten diktierten Pragmatismus im Dunkel kurz sightigen Nichtwissens zu hantieren. " (Petersen /1977)

Für die jetzige praktische Arbeit ist eine zweiphasige Beratung empfohlen worden.

a. Klärung der:

Motive

sozialen Zwänge

Möglichkeiten der Hilfe

Art des Eingriffs

Diskussion über seelische Folgen

Notwendigkeit eines klaren Entschlusses

b. Endgültige Entscheidung

Die betroffene Frau hatte Zeit zur Selbstprüfung.

Bei Gefährdung bereits Festsetzung eines psychotherapeutischen Gespräches

Sind die gesundheitsgefährdenden Faktoren des Schwangerschaftsabbruches schon ernst genug zu nehmen, so scheint die psychische Verarbeitung des Abbruches eher von noch größerer Bedeutung zu sein. Die Zahlen, wenn auch nicht vollständig, sind doch ein Indiz dafür, daß hier letztlich ein widernatürlicher Eingriff mit traumatisierender Wirkung vorgenommen wird, den es zu verarbeiten gilt. Anhand der Ergebnisse der Studien muß befürchtet werden, daß ein nicht geringer Prozentsatz der Frauen an dieser seelischen Bewältigung leidet und schwere Konflikte von Dauer davonträgt.

7. Die Ärzteschaft und der § 218 in Neufassung

Der Eid des Hippokrates (460 v. Chr.) besagt:

" Niemandem werde ich, auch wenn man mich darum bittet, ein tödlich wirkendes Gift verabreichen noch einen derartigen Rat erteilen. Auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.... "

Die Rolle des Arztes in der Gesellschaft ist zeitlos. Der Arzt dient dem Menschen ohne Ansehen der Person, des Bekenntnisses, ohne Ansehen des Sozialverhaltens. Der Arzt unterscheidet nicht zwischen lebenswerten und lebensunwerten Individuen. Es widerspricht seiner Funktion zu töten, außer in Notwehrfällen. Die Gesellschaft braucht diesen Funktionsträger. Sie braucht den Arzt als jene Instanz, welcher rückhaltlos vertraut werden darf.

Wird der Arzt von einer Schwangeren konsultiert, ist er immer, ob er will oder nicht, zugleich " Geschäftsführer ohne Auftrag " für den lebenden, ungeborenen Menschen. (Derbolowski/1972)

Mit dem vorliegenden Regierungsentwurf schiebt die Gesellschaft dem Arzt praktisch die Entscheidung über Leben und Tod des durch unsere Verfassung geschützten ungeborenen Menschen zu, lediglich mit der Einschränkung, daß die Schwangere einwilligt.

Sie überträgt dem Arzt die Tötung des ungeborenen Lebens verantwortlich. Sie verleiht dem Arzt, dem Nothelfer, dessen Vertrauenswürdigkeit sie in Wirklichkeit nicht entbehren kann, die Züge des Anklägers, des Richters und des Henkers in einem. Sie spielt Ärzte gegeneinander aus und korrumpiert den Ärztestand.

(Derbolowski/1972)

Das aufrichtige, von großem Ernst getragene Bemühen des Gesetzgebers in der Begründung des Regierungsentwurfes, zu einer annehmbaren Lösung zu kommen, wird nicht bestritten. Aber die dem Arzt übertragenen Aufgaben, die ihm beim Schwangerschaftsabbruch eine Hauptrolle zuweisen, gehören nicht in den ärztlichen Wirkungsbereich.

Bei diesem Bereich geht es nicht darum, Frauen oder Familien wegen eines schweren Schicksalsschlages und seiner Folgen zu therapieren, sondern darum, bei Fragen, in denen " Menschenwürde " und die " Zumutbarkeit von Konflikten " kollidieren, Entscheidungen zu fällen und gegebenenfalls die legalisierte Opferung von lebenden Menschen vorzunehmen.

Vom selben Autor stammt das folgende Zitat:

" Wer sie (die Ungeborenen) tötet, der betreibt Gesellschaftskörperpflege. "

Dieses zu tun, kann und darf nicht Aufgabe des Arztes sein. Trotzdem verlangt eine beängstigend große Interessengruppe vom Arzt, den Schwangerschaftsabbruch auch ohne ernsthafte medizinische Indikation vorzunehmen. So beschlossen am 21. Juni 1976.

Der Arzt soll die Entscheidung darüber treffen, ob der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden kann. Im Zuständigkeitsbereich des Arztes aber liegt strenggenommen nur die Feststellung der medizinischen Indikation: " Es gibt außer eng begrenzten medizinischen keine sonstigen logischen Argumente für die Freigabe der Abtreibung, d.h. ohne daß das Leben der Mutter durch das werdende Leben ernsthaft bedroht wird, ist ein Schwangerschaftsabbruch nicht zu rechtfertigen. Sowohl der Hausarzt als auch der Mediziner, der für die Abtreibung unter Umständen hoch bezahlt wird, ist befangen. Es ist zudem eine unzumutbare Überforderung des Arztes, in einer Person heilender Arzt, Psychologe, Soziologe und Richter über Leben und Tod und Töter des werdenden Lebens sein zu müssen. (Trube - Becker/1976)

Ähnlich lautet auch die Meinung des ehemaligen Präsidenten der Deutschen Ärztekammer Fromm :

" Der Schwangerschaftsabbruch muß therapeutischen Charakter haben.

Es muß Therapie verbunden sein mit diesem Abbruch, nämlich für die Mutter, eine Therapie, nicht der Wunsch des Abbruches allein ist ausschlaggebend. (E. Fromm/1972)

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes sind, so die Zahl von 1977 - 54309 legale Schwangerschaftsabbrüche gemeldet worden. Wieviel Mal wurde damit, streng genommen, gegen den Eid des Hippokrates gehandelt?

Im zweiten Halbjahr 1976 wurden Schwangerschaftsabbrüche zu 95% im Krankenhaus und zu 5% in der gynäkologischen Praxis vorgenommen. Weitere Ärzte wurden zugelassen, sodaß nun bereits 16% der Abbrüche ambulant vorgenommen werden. (Bundesgesundheitsblatt / 1978)

Runte (1978) schreibt dazu:

" Die Gesetzesänderung des § 218 hat den Klinikalltag in geburts-hilflich-gynäkologischen Abteilungen verändert "

In der Klinik, in der er arbeitet, kommen heute auf 1500 Geburten ca. 750 Schwangerschaftsabbrüche. Das sind auf die Arbeitstage des Jahres gerechnet ca. 3 Unterbrechungen am Tag.

Als Arzt mit " liberaler Grundeinstellung " bemerkt er:

" Es gehört nach wie vor zum anerzogenen Selbstverständnis des Arztes, daß nur von einer gesicherten Diagnose aus therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden dürfen, und jedem Eingriff eine Indikation zugrunde liegen muß. Aus diesem Grunde war die medizinische Indikation auch die erste, die als Rechtfertigung für den Schwangerschaftsabbruch gelten durfte. Sie war versehen mit dem Charakter der wertneutralen Unbestechlichkeit und kam dem Wissenschaftsbegriff der Neuzeit am nächsten. Insofern ist es ein Gewinn, daß mit der sozialen Indikation die Grenzen zu anderen Teilbereichen der Entscheidungsfindung geöffnet wurden.

Demgegenüber steht das Verhalten der Krankenhäuser und Ärzte, den Eingriff nicht ausüben zu müssen. Sie lehnen strikt den Abbruch - etwa bei sozialer Indikation - ab. Mehrere Kreistage in Bayern und Baden-Württemberg haben entsprechende Entschlüsse gefaßt. Ist es nicht ohnehin ein Verstoß gegen die Gewissensfreiheit, wenn Bürger, die die Interruptio ablehnen mit ihren Krankenkassenbeiträgen diese finanzieren müssen?

Aus England wird berichtet, daß immer mehr Ärzte und Krankenschwestern in den " Kindsmordkliniken " von ihrer " Arbeit " angewidert sind und ihre Stelle wechseln. Die deutschen Bischöfe fördern die vielfache Weigerung der Ärzte:

" Wir deutschen Bischöfe stellen uns vor jeden Arzt, jede Krankenschwester, vor die Krankenhausträger und jeden Bürger, der durch äußeren Zwang in Gewissensnot gerät ". (Die Deutschen Bischöfe / 1976)

Mittlerweile, nach zwei Jahren, dürfte sich das Problem soweit geregelt haben, daß eine Anzahl von Ärzten zum Schwangerschaftsabbruch bereit ist, eine andere nicht. Aus diesem Grund kommt es immer wieder zu Äußerungen wie denen vom " Nord - Süd - Gefälle ", wobei in erster Linie die Unwilligkeit der Ärzte gemeint ist, einen Abbruch der Schwangerschaft vorzunehmen.

" Im Norden der Bundesrepublik - vor allem in den Großstädten, haben es die Frauen sehr viel leichter. " (Gruner und Jahr/1977)

Die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Antje Huber (1978), äußerte sich in einem Interview folgendermaßen auf die Frage, ob man die Einrichtung spezieller Abort - Abteilungen in Erwägung ziehe, zumal ja hier und da die Ärzte nicht bereit seien, Schwangerschaftsunterbrechungen durchzuführen: " Die Frage nach Spezialeinrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch ist in letzter Zeit häufiger an mich heran getragen worden. Wir werden uns jedoch wahrscheinlich gründlich überlegen müssen,

wo in bestimmten Regionen der Bundesrepublik so erhebliche Engpässe in der Versorgung bestehen, daß die Förderung von Modelleinrichtungen gerechtfertigt erscheint.

Solche Modelleinrichtungen sollten aber auf keinen Fall nur "Abtreibungskliniken" sein, sondern Zentren für Familienplanung, in denen ein ganzes Spektrum von Leistungen angeboten wird. Neben Beratung bei Ehe- und Partnerproblemen, bei Schwierigkeiten im sexuellen Bereich, bei Fragen der Familienplanung, bei Schwangerschaftskonflikten, aber auch bei Sterilisationsoperationen. "

Dem schließt sich an auch die Meinung von Poettgen, einem Frauenarzt, der seit 10 Jahren in Pro familia tätig ist und Mitglied der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ist. Auch er setzt sich ein für ein "Institut für Familienplanung": "Der Schwangerschaftsabbruch soll eingebettet sein in ein Institut, in dem alles gemacht wird.

Parterre die Beratungen

nächste Etage: Operation und psychosomatische Behandlungen im Bereich der Sexualmedizin."

und

"wenn die Frau in das Institut für Familienplanung geht, weiß keiner, warum sie das tut. "

Als "unerträglich" bezeichnete es die Ministerin, daß zwei Jahre nach der Reform immer noch 60.000 bis 65.000 Frauen im Jahr nach Holland fahren, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Dennoch wolle man keine "Abtreibungskliniken" einrichten, sondern versuchen das oben bereits genannte Modell zu starten. (Huber/1978) Die vorliegenden Zahlen bedeuten allerdings keineswegs, daß die Ärzte nicht mitmachen, sondern es könnte genauso gut heißen, daß von Norden nach Süden weniger Frauen einen Abbruch durchführen lassen wollen. Geringe Zahlen

in Bayern und Saarland bedeuten zwangsläufig nicht, daß die Ärzte sich weigern. Außerdem gibt es keine Zahlen darüber, ob die Frauen "wandern". Andererseits wären Zahlen leicht festzuhalten, zumal der abbrechende Arzt seine Unterlagen nach Wiesbaden zum Statistischen Bundesamt schicken muß. Zweifel am Meldeverfahren an sich scheinen berechtigt: "Kein Arzt, kein Gynäkologe, keine Krankenanstalt, keine Belegklinik möchte gern den Stempel des "Abtreibers" bzw. der "Abortmühle" - um zwei negative Deutungen zu nennen - auf sich nehmen. Das mag ein gewichtiger Grund sein, warum der Meldepflicht bislang so ungenügend Folge geleistet wird. So ergibt sich die brisante Frage, ob die Einrichtung von Abortkliniken nach holländischem oder britischem Muster in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin diesen fatalen Zustand zum Wohle aller Beteiligten beseitigen könnte. (Wolff/1977)

Zum oben angeschnittenen Problem des Weigerungsrechtes der Ärzte liegt ein Artikel des SPD Bundestagsabgeordneten Müller-Emmert vor, in dem er speziell auch auf dieses Thema eingeht. (Müller-Emmert/1977)

"Nach der sog. Weigerungsklausel ist niemand verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Die Diskussion darüber ist sicher sehr notwendig. Dabei wird aber zu sehr die wichtige Tatsache übersehen, oder nicht hinreichend beachtet, daß das "Gesetz über ergänzende Maßnahmen zum Fünften Strafrechtsreformgesetz" die neue Rechtslage geschaffen hat, die die Auswirkung der Weigerungsklausel letztlich in sehr bescheidenem Rahmen hält. Jede pflichtversicherte schwangere Frau hat nämlich nunmehr Anspruch, einen öffentlich-rechtlichen gegen ihre Krankenkasse auf Durchführung eines Abbruchs auf der Grundlage einer legalen Indikation. Die Kassen müssen die kassenärztliche Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen.

Zur kassenärztlichen Versorgung gehören nunmehr auch Leistungen

bei Abbruch der Schwangerschaft durch den Arzt auf der Grundlage einer legalen Indikation - selbstverständlich unter Einschluß der Indikation der allgemeinen Notlage.

Der Kassenarzt ist in das öffentlich-rechtliche System der Krankenversorgung einbezogen. Ihn verbinden zwar keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zur Krankenkasse. Er hat aber gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung mit seiner Zulassung zur Kassenpraxis die öffentlich-rechtliche Pflicht übernommen, sich zur Versorgung der Kassenmitglieder bereit zu halten und deren Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien durchzuführen. Insoweit haben die kassenärztlichen Vereinigungen sogar gewisse Disziplinarbefugnisse gegen die Kassenärzte. Die Pflicht zur ärztlichen Versorgung trifft in gleicher Weise die Krankenhäuser.

Wenn nun aber der Fall eintritt, daß ein legaler Abbruch deshalb nicht ausgeführt werden kann, da der Arzt oder das Krankenhaus von dem gesetzlich normierten Weigerungsrecht Gebrauch macht, dann haben die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen die gesetzliche Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß der Anspruch der Schwangeren von einem anderen Arzt oder Krankenhaus erfüllt wird. Sollten in einem Gebiet keine oder nur wenige zum Abbruch bereite Kassenärzte oder Krankenhäuser zur Verfügung stehen, dann müssen die kassenärztlichen Vereinigungen diesem Notstand abhelfen. Sie können Krankenhäuser oder nicht zur Kassenarztpraxis zugelassene Ärzte ermächtigen. Über diese Möglichkeiten sollten die Kreispargamente in Bayern und Baden-Württemberg nachdenken, die durch Kreistagsbeschlüsse " Gewissen verordnet " und Abbrüche in Kreiskrankenhäusern nicht zugelassen haben. Diese Verhaltensweise wird die kassenärztliche Vereinigung herausfordern und es wird sich das von den Urhebern Gewollte zwangsläufig ins Gegenteil verkehren".

Dieser Artikel schien mir so wichtig, daß ich ihn in seiner ursprüng-

lichen Form zitieren wollte.

Was steckt dahinter? Müller-Emmert ist der Vorsitzende des ehemaligen Bundestags-Sonderausschusses für die Strafrechtsform, war als solcher auch direkt mit den Dingen befaßt.

Kann das vielleicht heißen, daß nach einer gewissen " Beobachtungszeit ", in der Zahlen gesammelt werden, die zu Ungunsten der von der Weigerungsklausel gebrauchmachenden Ärzte ausfällt, vielleicht der Staat eingreifen will, eventuell doch mit den oben genannten Zentren? Dann ständen wir in Deutschland auf dem selben Niveau wie England und Holland mit ihren Abtreibungskliniken. Eine Abtreibung durchzuführen, wäre dann sehr leicht, zu leicht, vielleicht. Als Beispiel sei Rumänien genannt, wo nach der Liberalisierung die Abortrate auf ungefähr 16 Abbrüchen pro Frauenleben ausartete. Worauf man eine drastische Restriktion veranlaßte, weil die Geburtenrate rapide sank.

Ein Zwiespalt innerhalb der Ärzteschaft wird es immer geben und er wird bleiben, genauso wie es immer zwei Standpunkte zu Thema Schwangerschaftsabbruch gegeben hat. Die Stellungnahmen des Ärztetages, sehen vor, daß eine geschlossene Ärzteschaft hinter ihr steht. Vor diesem Hintergrund fand man folgende Formulierung:

§ 3 der Ärztlichen Berufsordnung sagt aus: " Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. "

§ 1 der Ärztlichen Berufsordnung lautet: " Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundgesetze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit der ärztlichen Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann. " (Degenhardt/1971)

Nie geaugnet wurde die Notwendigkeit der medizinischen Indikation, wenn das Leben der Mutter auf dem Spiel steht. Die soziale Indikation dagegen ist weitgehend dem Urteil des Arztes unterstellt - die Vielgestaltigkeit der Probleme läßt auch vielgestaltige Stellung-

nahmen zu. Nach einer im März 1977 vom Nürnberger Zentrum für angewandte Psychologie (ZAP) durchgeführten Ärztebefragung gaben die Ärzte an, daß die sie aufsuchenden Frauen zu 73% ihren Wunsch auf Schwangerschaftsabbruch mit einer sozialen Notlage begründen. In etwa 54% der Fälle wird die Notlage anerkannt, in 46% der Fälle nicht. Klinikärzte verneinen zu 90% die soziale Indikation, Gynäkologen zu 48%, Ärzte für Allgemeinmedizin zu 26%. Demgegenüber bestätigen die Ärzte bei 87% der Frauen die medizinische Indikation.

Ob es immer nur " ärztliche Willkür " ist, die viele Klinikärzte beim Schwangerschaftsabbruch zögern läßt, ist allerdings fraglich. Verständnis für ihre Kollegen versucht die Bremer Frauenärztin C. Doermer zu wecken. Sie meint:

über diesen Vorwürfen wird die starke psychische Belastung aller am Abbruch Beteiligten vergessen. In einer üblichen Frauenklinik liegen wenige Zimmer entfernt voneinander Frauen, die seit Jahren vergeblich versuchen, schwanger zu werden. Frauen, die ein ersehntes Kind durch Fehlgeburt verloren haben, Frauen nach der Entbindung und jetzt auch immer häufiger Frauen vor oder nach dem Abbruch einer Schwangerschaft. Schwestern und Ärzte sehen also dem Problemkreis " Schwangerschaft " täglich aus wechselnder Perspektive. Das Verständnis für die wegen einer Fehlgeburt trauernden Frau kann ein Unverständnis für die durch eine intakte Schwangerschaft leidende Frau sein. (Gruner + Jahr, 1977)

Der Schwangerschaftsabbruch ist in der Tat ein nicht zu unterschätzendes Problem für den ausführenden Arzt. Döring (1971) schreibt dazu:

"Ich mache keinen Hehl daraus, daß ich die Abtreibung einer intakten Schwangerschaft für die größte psychische Belastung des klinisch tätigen Gynäkologen halte. Seit Jahren benutze ich jede Gelegenheit, Medizinstudenten bei solchen Eingriffen zusehen zu lassen. Die Reaktionen dieser sonst recht abgehärteten jungen Damen und Herren

ist sehr stark (sie reicht manchmal bis zur Übelkeit) wenn mit der Curette oder Abortzange einzelne Arme und Beine, Darm und schließlich der Kopf des Embryos herausbefördert werden. " So haben wir uns das nicht vorgestellt ", ist die einstimmige Meinung der angehenden Ärzte.

Man sollte den lautstarken Verfechtern und Verfechterinnen der völligen Freigabe der Abtreibung Gelegenheit geben, dabei zuzusehen. Viele würden ihre Ansicht revidieren, meine ich. "

Anzumerken ist noch die Angabe, daß ein Träger von Beratungsstellen eine Steigerung seiner Beratungen vom ersten zum zweiten Halbjahr 1976 um 480% hatte und daß in diesen Beratungsstellen - außer im Saarland und Baden-Württemberg - Ärzte tätig sind, die direkt die Indikation zum Abbruch stellen. An der Zahl der Beratungsfälle läßt sich unschwer erkennen, wo Frauen am ehesten hoffen, in ihrer Notlage anerkannt zu werden. 9480 Fälle registrierten Pro familia und Arbeiterwohlfahrt im zweiten Halbjahr 1976, unter 1650 Beratungsfälle Stellen katholischer Trägerschaft. (Information des Bundesministeriums 1977)

C. Anhang

Auszüge und Interpretationen zu den vorliegenden Statistiken des Statistischen Bundesamtes

Nach eingehender Bearbeitung aller relevanten Daten über das Thema " § 218 aus neuer Sicht ", kann man die Erkenntnis am ehesten als " verwirrend " bezeichnen. Man hat die Reform angestrebt mit dem Ziel, die gesamte Problematik aus dem Dunkel auf eine realitäts- und sachbezogene Ebene zu verlagern. Nicht zuletzt auch schon deswegen, weil vorhandenes Zahlenmaterial nur von den genehmigten und legal durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen vorhanden war und selbiges überdies auch noch von allen Seiten ob seiner Richtigkeit in Zweifel gezogen wurde.

Die Schätzungen über illegale Schwangerschaftsabbrüche schwankten je nach Schätzer zwischen 50.000 und 2.000.000, also Zahlen mit so großer Bandbreite, daß aufgrund solcher Annahmen überhaupt keine definitiven Aussagen möglich waren. Nun muß man mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen, daß seit Inkrafttreten des neuen § 218 die Fachleute nun schon wieder bezüglich der seit diesem Zeitpunkt aufgezeichneten Daten einen noch heftigeren Streit führen, als das schon vorher der Fall war; und um die Sache abzurunden, erklärt auch noch das Bundesamt für Statistik in Wiesbaden, daß es von der starken Untererfassung der über das Rumpfbjahr 1976 und 1977 erhaltenen Daten überzeugt sei. Auch Antje Huber, Ministerin für Familie, Gesundheit und Soziales, schätzt weiter, daß nämlich immer noch etwa 50 bis 60.000 Frauen nach wie vor zum Schwangerschaftsabbruch ins benachbarte Ausland fahren.

Mit Inkrafttreten des neuen § 218 wurde allerdings auch ein neues Meldeverfahren kreiert. Ein ablochkfähiges Datenerfassungsformular muß jetzt monatlich bzw. vierteljährlich von jedem autorisierten

Arzt direkt nach Wiesbaden zum Statistischen Bundesamt geschickt werden. Vorher waren mit der Erfassung dieser Daten die Ärztekammern und Gesundheitsämter auf Landesebene sowie entsprechende Gutachter beauftragt.

Somit erfolgt eine Veröffentlichung des gesamten Zahlenmaterials über Schwangerschaftsabbrüche jeweils am Ende eines Jahres nur noch von FINER Stelle, da jeder anderen Institution der Ein- bzw. Gesamtüberblick genommen wurde.

Es ist weiterhin erstaunlich, mit welcher, man möchte sagen: Leichtfertigkeit, heute Zahlen und Fakten mit Inkrafttreten des neuen § 218 auch oder gerade von sog. namhaften Fachleuten dem ahnungslosen Publikum angeboten werden. Es erhebt sich zwangsläufig dabei die Frage, ob es hier eigentlich noch um die Sache geht, nämlich um die Mutter und deren Kind.

Ebenso muß man sich fragen, aufgrund welcher, wissenschaftlich gesicherten Basis hat man ein so weitreichendes und so tief in das gesellschaftspolitische eindringende Gesetz verabschiedet, Beratungsstellen eingerichtet und hohe Geldbeträge aus dem Bundeshaushalt dafür bereitgestellt.

1. Gesamtergebnis, Regional- und Vorjahresvergleich

Gesamtergebnis und Regionalvergleich:

Tabelle 1: Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach Ländern

	Gesamt		10000 Geburten x		100.000 Frauen xx	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schleswig Holstein	3.123	5.8	1499.8	14.9	578.4	0.58
Hamburg	4.224	7.8	2580.0	25.8	1173.0	1.17
Niedersach- sen	7.581	14.0	1129.3	11.3	504.0	0.50
Bremen	900	1.7	1037.9	10.4	589.1	0.59
NRW	10.017	18.4	619.2	6.2	271.4	0.27
Hessen	8.559	15.8	1697.7	16.9	723.1	0.72
Rhld. Pfalz	587	1.1	166.1	1.7	73.8	0.07
Baden-Württ.	8.517	15.7	920.0	9.2	425.2	0.43
Bayern	5.889	10.8	552.8	5.5	252.4	0.25
Saarland	401	0.7	395.1	3.9	171.6	0.17
Berlin	4.511	8.3	2672.6	26.7	1132.3	1.13
Bundesgeb.	54.309	100%	925.7	9.3	412.0	0.41

x je 10.000 Lebend- und Totgeborene

xx je 100.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren

Im Jahr 1977 wurden 54.309 legale Schwangerschaftsabbrüche gemeldet.

Im Bundesgebiet waren das, bezogen auf 10.000 Lebend- und Totgeborene 925.7 und, bezogen auf 100.000 Frauen im gebärfähigen Alter (zwischen 15 und 45 Jahren) 412.0 Abbrüche.

Bezogen auf Lebend- und Totgeborene, sowie bei Frauen im gebärfähigen Alter, ist ersichtlich, daß Hamburg und Berlin mit Abstand über dem Bundesdurchschnitt liegen. (s. Tabelle 2)

Es geht überdies aus dem Zahlenmaterial 1977 hervor, daß ein beträchtliches Nord-Südgefälle im Durchschnitt zu verzeichnen ist. (s. Schaubild 1)

Im Rumpfjahr 1976 war dies nicht so eindeutig ersichtlich, was sicherlich ein weiteres Indiz für die bereits erwähnte mangelhafte Datenerfassung ist.

Eingeschränkt wird der Erkenntniswert u. a. noch dadurch, daß in der Schwangerschaftsabbruchstatistik nicht der Wohnort der Frau, sondern der Ort, an dem der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, vermerkt wird.

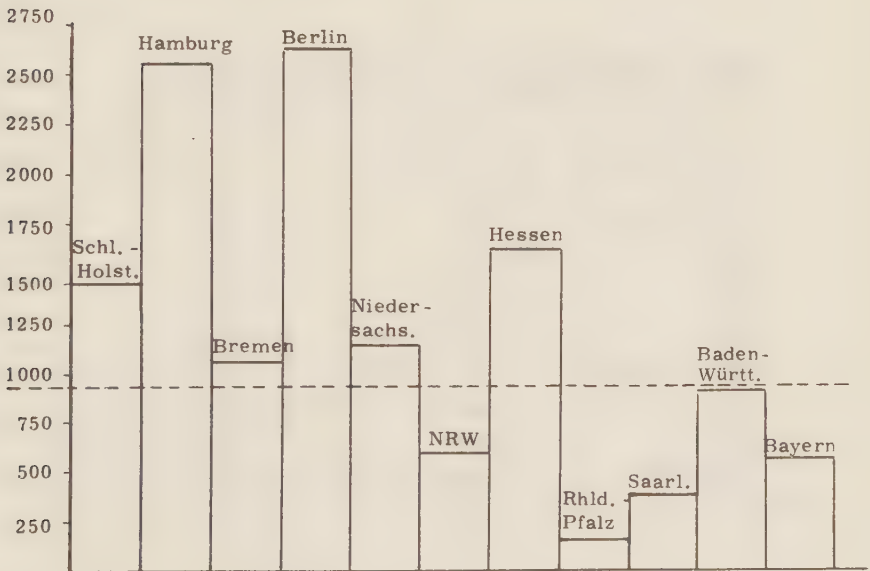
Tabelle 2 : Abweichungen in % vom Durchschnitts- und
Niedrigstwert

Land	Abweichung vom Bundesdurchschnitt je 10.000 Geburten $\bar{\phi}$ 925 Abbrüche	Abweichung von dem niedrigsten Wert je 10.000 Geburten
Schleswig-Holstein	+ 62.0 %	+ 802.9 %
Hamburg	+ 178.7 %	+ 1453.3 %
Niedersachsen	+ 21.9 %	+ 579.9 %
Bremen	+ 12.1 %	+ 524.9 %
NRW	- 33.1 %	+ 272.8 %
Hessen	+ 83.4 %	+ 922.1 %
Rheinland-Pfalz	- 82.1 %	+ 0 %
Baden-Württemberg	- 0.6 %	+ 453.9 %
Bayern	- 40.3 %	+ 232.8 %
Saarland	- 57.3 %	+ 137.9 %
Berlin	- 188.7 %	+ 1509.0 %

Ebenfalls wurde auch hier keine statistische Bereinigung zwischen deutschen und ausländischen Frauen vorgenommen. Bei den gravierendsten Erkenntnissen, wie beispielsweise die Relation zwischen Rheinland-Pfalz und Berlin, bei der Berlin um 1509% mehr Abbrüche durchführte, bezogen auf 10.000 Geburten, werden mangels konkreter Anhaltspunkte viele Fragen unbeantwortet bleiben müssen. Man könnte zu schnell in den Bereich der Spekulationen kommen.

Schaubild 1:

Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Lebend- und Totgeborene
(1977)



Der Bundesdurchschnitt beträgt 925.7 Abbrüche auf
10.000 Geburten

Tabelle 3: Relation Geburten zu Abbrüchen (1977)

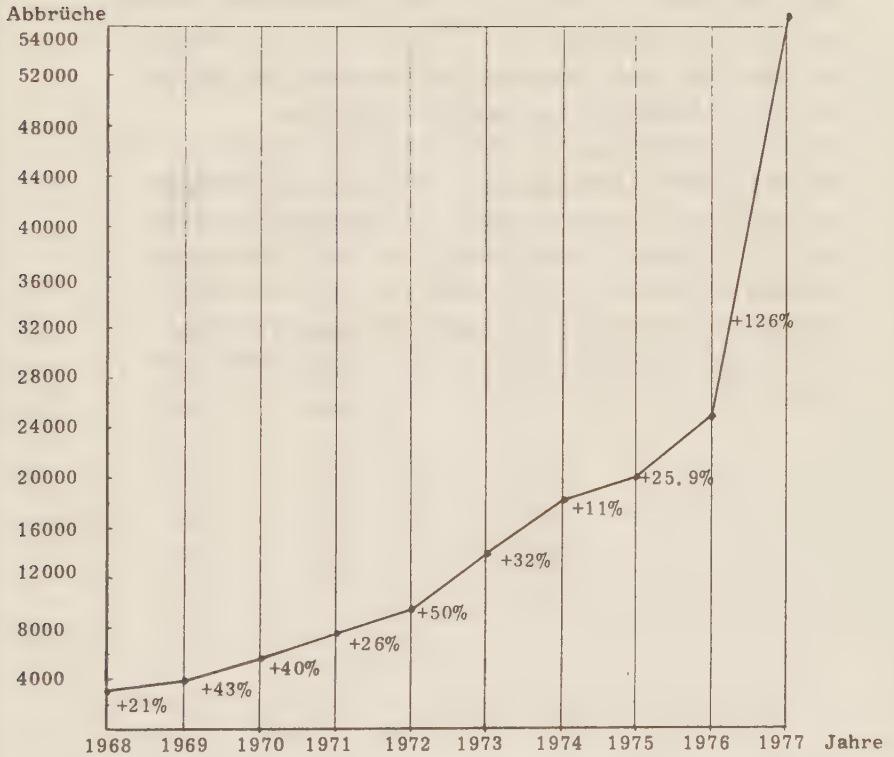
Schleswig-Holstein	auf jede 6.6 Geburt kommt ein Abbruch
Hamburg	3.9
Niedersachsen	8.9
Bremen	9.6
NRW	16.1
Hessen	5.8
Rheinland-Pfalz	60.2
Baden-Württemberg	10.9
Bayern	18.1
Saarland	25.3
Berlin	3.7

Tabelle 4: Relation Geburten und Abbrüche zu Frauen im
Alter zwischen 15 und unter 45 Jahren (1977)

Schleswig-Holstein	jede 25.9 Frau gebar, jede 172.9 brach ab	
Hamburg	21.9	85.2
Niedersachsen	22.4	198.4
Bremen	17.6	169.8
NRW	22.8	368.5
Hessen	23.5	138.3
Rheinland-Pfalz	22.5	1355.0
Baden-Württemberg	21.6	235.2
Bayern	21.9	396.2
Saarland	23.0	582.7
Berlin	23.6	88.3

Vorjahresvergleich

Schaubild 2: Genehmigte Abbrüche 1968-1977



Ein tiefer gehender Vergleich über mehrere Jahre ist im vorliegenden Fall nur sehr beschränkt möglich, da nur die genehmigten und durchgeführten Abbrüche aufgezeigt und verglichen werden können.

Die Dunkelziffer der illegalen Abbrüchen bleibt dabei selbstverständlich unberücksichtigt. Die Entwicklung kann somit nur partiell für bestimmte Aussagen genutzt werden. Interessant aber scheint trotzdem, daß bereits seit 1969 beachtliche Steigerungsraten zu verzeichnen sind, die beispielsweise von 1972 zu 1973 schon ca. 50% betragen haben. Das betraf, wie gesagt, nur die genehmigten Abbrüche und beschränkte sich auf die medizinische Indikation.

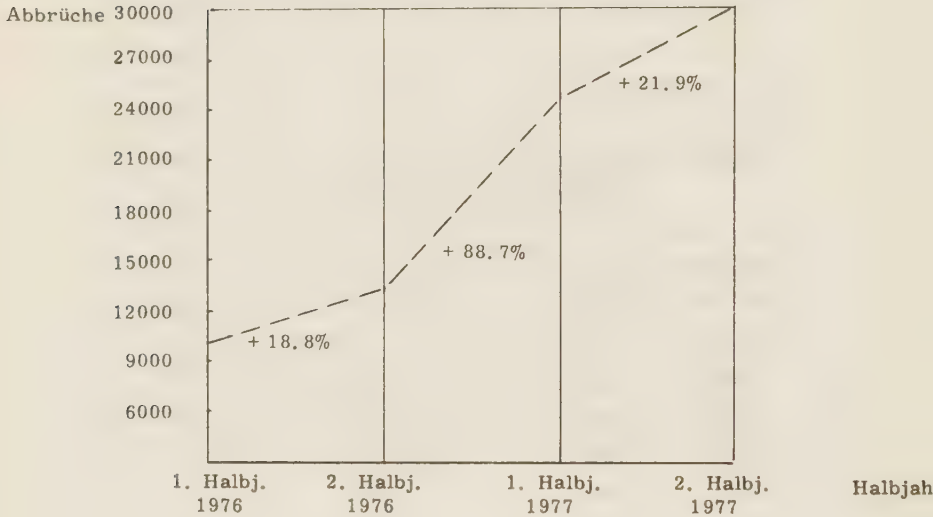
Geht man jetzt davon aus, daß 1976, primär im 2. Halbjahr, tatsächlich eine erhebliche Untererfassung vorliegt, wie das Bundesamt für Statistik in Wiesbaden einräumt, und somit die Zahl weit über 24015 (1976) liegt, so würde die Kurve von 1975 zu 1976 steiler ausfallen und von 1976 zu 1977 weniger steil. Der Verlauf der Kurve insgesamt wäre somit homogener und besonders 1976 zu 1977 weniger dramatisch. Die Steigerungsrate läge deutlich unter 100%.

Tabelle 5: Genehmigte Abbrüche 1968 - 1977
(Zahlen bis 1974 übernommen von Wolff)

Jahr	Abbrüche (absolut)	Steigerung
1968	2826	-
1969	3408	+ 21 %
1970	4886	+ 43 %
1971	6859	+ 40 %
1972	8644	+ 26 %
1973	13021	+ 50 %
1974	17184	+ 32 %
1975	19076	+ 11 %
1976	24015	+ 26 %
1977	54309	+ 126 %

Schaubild 3:

Genehmigte Abbrüche 1. Halbjahr 1976 bis 2. Halbjahr 1977



Ein ähnliches Bild zeigt sich im Vergleich der absoluten Zahlen vom 1. Halbjahr 1976 bis zum 2. Halbjahr 1977. Auch hier der Knick im 2. Halbjahr 1976. Ebenfalls würde die Steigerungsrate vom 2. Halbjahr 1976 zum 1. Halbjahr 1977 geringer ausfallen, läge tatsächlich eine Untererfassung im 2. Halbjahr 1976 vor.

Interessant erscheint bei dieser Betrachtungsweise, daß bereits im 2. Halbjahr 1977 eine erhebliche Abflachung der Kurve zu verzeichnen ist. Man darf gespannt sein auf die Zahlen von 1978.

2. Alter und Familienstand

Die Altersstruktur der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, ist in der Statistik durchweg nach 5 Jahresgruppen untergliedert dargestellt. Nur bei jungen Mädchen wird auf die Volljährigkeit abgestellt und daher unterschieden zwischen Mädchen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren und ab 18 bis unter 25 Jahren. Von der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche entfielen 5,2% auf minderjährige Frauen. Absolut am stärksten besetzt ist die Gruppe der 18 - bis unter 25 jährigen Frauen mit einem Anteil von 27,6%.

Tabelle 6: Schwangerschaftsabbrüche 1977 je 100.000 Frauen gleichen Alters und Familienstandes

Alter der Schwangeren von bis unter Jahren	Insgesamt	Darunter			
		ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden
10 - 18	72.3	68.7	859.4	x	
18 - 25	442.1	470.6	349.6	1219.5	1196.5
25 - 30	570.9	821.4	460.8	729.0	1337.7
30 - 35	538.4	575.6	491.5	516.0	1026.4
35 - 40	409.5	300.8	386.8	474.5	783.9
40 - 45	245.5	131.4	243.8	185.0	391.1
45 - 55	44.3	86.5	39.9	8.6	68,5
Insgesamt	282.6	230.5	291.1	114.4	662.3
15-45	412.0	385.8	387.2	384.5	904.5

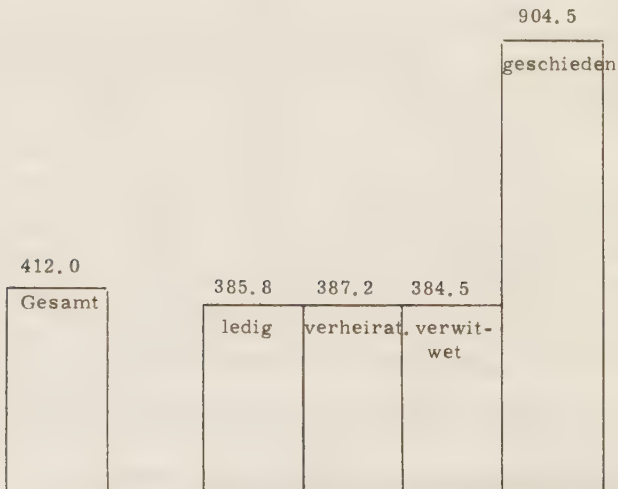
Bezogen auf 100.000 Frauen gleichen Alters hatten, wie Tabelle 6 zeigt, die 25- bis unter 30 jährigen Frauen die höchste Rate der Schwangerschaftsabbrüche (570.9)

Bezogen auf 100.000 gebärfähige Frauen gleichen Familienstandes waren 1977 die Rate der Schwangerschaftsabbrüche bei ledigen, verheirateten und verwitweten Frauen zwischen 15 und 45 Jahren mit 386, 387 bzw. 385 Abbrüchen etwa gleich hoch.

Auf 100.000 geschiedene Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren erfolgten 1977 904,5 Abbrüche, das sind etwa 135% mehr als bei den anderen drei Familienständen. Eklatant weicht auch hier der Anteil bei 25 bis 30 jährigen geschiedenen Frauen ab.

Schaubild.4:

Abbrüche bei 100.000 Frauen zwischen 15 bis 45 Jahren und gleichem Familienstand



Es ist insofern zwar richtig, daß 60,5% - wie immer wieder angegeben - der legalen Schwangerschaftsabbrüchen von verheirateten Frauen durchgeführt werden lassen, 29,1% von ledigen und nur 7,6% von geschiedenen. Bezogen auf jeweils 100.000 verheiratete, ledige, verwitwete und geschiedene Frauen wird jedoch klar, daß in Relation zu den anderen drei Familienständen die geschiedenen Frauen mit Abstand am häufigsten Schwangerschaftsabbrüche haben durchführen lassen.

Die Aufschlüsselung nach Bundesländern ergibt in der Betrachtungsweise kein anderes Bild. Die Abweichungen sind nahezu identisch mit allen anderen bereits aufgestellten Daten. Berlin und Hamburg nehmen eine überragende Spitzenstellung ein, Rheinland-Pfalz bildet wieder das Schlußlicht. Interessanterweise ist auch die Anzahl geschiedener Frauen insgesamt in dem jeweiligen Bundesland in Relation zu den Abbrüchen entsprechend hoch bzw. niedrig.

So wurden beispielsweise in Hamburg 1977 Schwangerschaftsabbrüche zu 50,2% von verheirateten Frauen durchgeführt, zu 38% von ledigen und 9,4% von geschiedenen. In Rheinland-Pfalz wurden zu 75% von verheirateten, zu 15,7% von ledigen und zu 6,8% von geschiedenen Frauen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt.

3. Begründung des Abbruches

Als Begründung des Abbruches wird in der Statistik die Indikation erhoben, nach der der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wurde.

Als Indikation kommen in Frage:

1. allgemein-medizinische
2. psychiatrische
3. eugenische
4. ethische (kriminologische)
5. sonstige schwere Notlage (soziale Indikation)

Gegenüber den Ergebnissen für das Rumpffjahr 1976 hat der Anteil der sozialen Indikation stark zugenommen (von 44,9% auf 57,7%). Demgegenüber ist der Anteil der allgemein-medizinischen Indikation von 38,8% auf 29,0% und der psychiatrischen Indikation von 10,8% auf 7,7% gesunken. Die eugenische Indikation ging von 5,2% auf 4,3% und die ethische (kriminologische) Indikation von 0,2% auf 0,1% zurück.

Es wird an dieser Stelle verzichtet, weiter auf einen Vergleich 1977 mit dem Rumpffjahr 1976 einzugehen, da die Erkenntnisse, wie schon mehrfach erörtert, aufgrund der Untererfassung 1976 wenig aufschlußreich sein können.

Tabelle 7:
Abbrüche 1977 nach Begründung (absolut)

Land	Gesamt	allgemein medizinische Indikation	psychia- trische Indikation	eugenische Indikation	ethische (Minimal) Indikation	soziale Indikation	unbe- kannt
Schleswig-Holst.	3123	1301	271	151	5	1369	26
Hamburg	4224	1408	283	163	4	2334	32
Niedersachsen	7581	2916	502	307	8	3664	184
Bremen	900	248	46	52	2	539	13
NRW	10017	1859	1143	433	19	6478	85
Hessen	8559	2302	315	250	6	5621	65
Rheinl. Pfalz	587	279	27	59	1	220	1
Baden-Württ.	8517	2522	680	409	19	4811	76
Bayern	5889	2004	515	436	14	2849	71
Saarland	401	147	54	51	-	149	-
Berlin	4511	770	335	37	1	3324	44
Bundesgebiet	54309	15756	4171	2348	79	31358	597

Fs entfallen im Bundesgebiet auf 100 Schwangerschaftsabbrüche

29.0%	auf allgemein - medizinische Indikation
7.7%	auf psychiatrische Indikation
4.3%	auf eugenische Indikation
0.2%	auf ethische (kriminologische) Indikation
57.7%	auf soziale Indikation
1.1%	auf unbekannt

Tabelle 8:

Schwangerschaftsabbrüche nach Indikationsart und Bundesland
bezogen auf jeweils 100 Abbrüche

Land	allgem. med.	psychiatrisch	eugenisch	ethisch	sozial	unkb.
Schleswig-Holst.	41.7	8.7	4.8	0.2	43.8	0.8
Hamburg	33.3	6.7	3.9	0.1	55.3	0.8
Niedersachsen	38.5	6.6	4.0	0.1	48.3	2.4
Bremen	27.6	5.1	5.8	0.2	59.9	1.4
NRW	18.6	11.4	4.3	0.2	64.7	0.8
Hessen	26.9	3.7	2.9	0.1	65.7	0.8
Rheinland-Pfalz	47.5	4.6	10.1	0.2	37.4	0.2
Baden-Württ.	29.6	8.0	4.8	0.2	56.5	0.9
Bayern	34	8.7	7.4	0.2	48.4	1.2
Saarland	36.7	13.5	12.7	-	37.2	-
Berlin	17.1	7.4	0.8	0.02	73.7	1

Bei diesem Vergleich ist u. a. bemerkenswert, daß in Berlin 33,2% mehr soziale Indikationen ausgesprochen werden wie in Hamburg.

Eine nicht uninteressante Entwicklung ist auch bei der Betrachtung einzelner Städte zu verfolgen. Es fällt auf, daß teilweise unabhängig von der Größe der Stadt die absoluten Abbruchzahlen stark schwanken und daß beispielsweise die sozialen Indikationen exorbitant voneinander abweichen. Dortmund z. B. hat 1977 1316 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt und 92,2% zur sozialen Indikation erklärt. Hagen, in unmittelbarer Nähe, hat dagegen 40 Abbrüche durchgeführt und 5% davon zur sozialen Indikation erklärt. Düsseldorf hatte 1127 Abbrüche zu verzeichnen (14,3% weniger als Dortmund) und davon 78% als soziale Indikation.

Tabelle 9:

Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach der Begründung des Abbruches, Alter und Familienstand bezogen auf jeweils 100.000 Frauen

Alter der Schwangeren von ... bis unter ... Jahren	Gesamt	allgemein medizinisch	psychi- atrisch	euge- nisch	ethisch (krimi- nologisch)	sozial
Familienstand						
10-18	72.3	10.2	5.6	0.9	0.5	54.4
18-25	442.6	84.1	31.9	16.8	0.9	302.7
25-30	571.0	147.9	44.0	27.4	0.6	344.9
30-35	539.2	172.5	41.5	28.0	0.5	291.1
35-40	409.6	154.4	32.8	16.8	0.4	201.1
40-45	245.5	109.5	18.7	11.1	0.2	103.9
45-55	44.3	21.6	3.9	3.2	-	15.2
ledig	230.5	41.3	20.1	6.7	0.9	159.1
verheiratet	291.1	103.3	20.9	15.7	-	148.1
verwitwet	114.6	32.2	8.0	2.8	0.2	69.6
geschieden	662.8	136.5	50.4	12.6	1.3	454.7

Die Differenz zwischen der Summe der 5 Indikationsarten und der Gesamtsumme entsteht durch die unberücksichtigt gelassene Unbekannten.

Zur besseren Betrachtungsweise wurde noch einmal die Umrechnung auf 100.000 Frauen je Altersgruppe und Familienstand vorgenommen.

In der Spalte " gesamt " erscheint die Anzahl der Abbrüche je 100.000 Frauen wie schon im Absatz davor.

Anschließend die Aufteilung in die 5 Indikationsarten, deren addierte Summen mit einer geringen Abweichung wieder die Gesamtsumme ergibt.

Aus dieser Übersicht sind folgende Schlüsse zu ziehen:

In der Altersgruppe der 25 bis 30 jährigen liegt die soziale Indikation am höchsten. Bei den Geschiedenen liegt ebenfalls der Anteil der sozialen Indikation am höchsten, bezogen auf 100.000 Frauen.

Insgesamt, bezogen auf die Gesamtzahl der Abbrüche, liegt laut Statistischem Bundesamt die soziale Indikation bei den 10 bis 18 jährigen am höchsten mit 75,3%, die medizinische mit 14,1% am niedrigsten.

Im weiteren Verlauf zeigt sich, daß bei den jeweiligen Altersgruppen die soziale Indikation stetig um 5 bis 6 Punkte ab und die medizinische um die gleiche Relation zunimmt. Die übrigen 3 Indikationsarten spielen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, wobei die ethische (kriminologische) Indikation in der Betrachtungsweise vernachlässigbar ist.

Bei den Familienständen nimmt die geschiedene Frau wieder mit Abstand die Spitzenstellung ein. Von 100.000 geschiedenen Frauen haben 662,8 einen Abbruch vornehmen lassen, wobei 454,7 (68,6%) auf die soziale Indikation fielen. Bei 100.000 verheirateten Frauen haben 1977 291,1 Frauen einen Abbruch durchführen lassen und die Quote der sozialen Indikation betrug 148,1 gleich 50,9%.

Bei der ledigen Frau wurde im Verhältnis die schwersten Notlagen diagnostiziert, nämlich 69%.

4. Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft

Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen hat, ist verpflichtet, für die Erstellung einer Statistik die Dauer der Schwangerschaft anzugeben und zwar, wenn möglich, auf der Basis einer Ultraschallmessung.

Von den 1977 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen fanden statt:

38,8% zwischen der 8. und 10. Schwangerschaftswoche

35,5% zwischen der 10. und 13. Schwangerschaftswoche

Vor der 8. Woche wurden 19,5% und nach der 12. Woche 2,5% der gemeldeten Abbrüche durchgeführt. In 5,7% der Fälle fehlte die Angabe der Schwangerschaftsdauer.

Legt man die einzelnen Indikationen zugrunde, so zeigen sich bei den meisten Schwangerschaftsdauer-Zeiträumen nur geringe Abweichungen von diesen Anteilen. Auffallend ist jedoch der verhältnismäßig hohe Anteil der eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche (11,3%). Das liegt vor allem an den komplizierten und relativ spät erst durchführbaren Untersuchungsmethoden.

Auch bei den Abbrüchen aufgrund allgemein-medizinischer und psychiatrischer Indikationen wurden - im Vergleich zu den anderen Indikationen - überdurchschnittlich viele nach einer längeren Schwangerschaftsdauer vorgenommen. (3,7% bzw. 4,5% nach der 12. Woche)

An den zwischen der 6. bis 8. Woche abgebrochenen Schwangerschaften sind die einzelnen Indikationen ebenfalls unterschiedlich beteiligt. Während rund 16% der allgemein-medizinischen und eugenisch indizierten Abbrüche in dieser Zeit vorgenommen wurden, waren es knapp 24% der psychiatrisch indizierten Fälle.

Nach § 218 Abs. 3 STGB dürfen bei der eugenischen Indikation nicht mehr als 22 Wochen, bei der ethischen (kriminologischen) und der sonstigen schweren Notlage nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sein. Diese Fristen sind weitgehend - soweit man das aufgrund des Meldeverfahrens beurteilen kann - eingehalten worden.

Tabelle 10:

Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach Schwangerschaftsdauer in Wochen, Komplikationen, Art des Eingriffs sowie Begründung des Abbruchs.

Komplikationen		Davon nach einer Schwangerschaft von ... bis unter ... Wochen										
Art des Eingriffs	Anzahl		%									
Begründung des Abbruchs	Anzahl		%									
	unter 6	6-8	8-10	10-13	13-23	23 u. mehr	unbekannt					
	Anzahl		%									
Begründung des Abbruchs	Anzahl		%									
Cervixriß	139	5.5	5.6	4.0	7.0	5.2	2.7	-	-	8.1	-	
Uterusperforation	216	8.6	-	6.7	10.0	8.0	8.1	-	-	11.4	-	
Blutverlust (mehr als 500 ml)	313	12.5	5.6	3.4	7.2	16.3	29.7	50.0	50.0	9.4	-	
Blutübertragungen	85	3.4	-	1.2	2.1	4.1	8.6	50.0	50.0	2.7	-	
Nachblutungen	744	29.6	61.1	39.4	29.0	27.9	16.8	-	-	36.2	-	
Allgemeininfectionen	114	4.5	-	2.4	5.3	5.0	4.3	-	-	2.7	-	
Fieber über 38 °C	483	19.2	27.8	18.3	21.0	19.3	18.9	-	-	11.4	-	
Salpingitis	202	8.0	-	9.8	8.3	7.8	3.8	-	-	10.7	-	
Parametritis	139	5.5	-	12.8	5.9	3.7	3.2	-	-	4.7	-	
Thrombose-Embolie	51	2.0	-	1.2	2.9	1.8	1.6	-	-	2.0	-	
Narkosezwischenfall	18	0.7	-	0.3	1.1	0.6	1.1	-	-	0.7	-	
Tod	8	0.3	-	0.3	0.1	0.4	1.1	-	-	-	-	
Gesamt	2512	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Art des Eingriffs %												
Curettage	23502	43.3	45.1	49.1	43.3	40.8	27.0	9.5	45.7	-	-	
Vakuumaspiration	26112	48.1	52.2	46.5	50.1	49.0	23.5	-	44.4	-	-	
Vaginale Hysterotomie	417	0.8	0.8	0.5	0.7	0.9	2.1	4.8	0.8	-	-	
Abdominale Hysterotomie	545	1.0	0.2	0.8	0.6	1.0	8.4	9.5	1.6	-	-	
Hysterektomie	793	1.5	0.5	0.7	1.4	1.8	4.0	4.8	1.2	-	-	
Medikamentöser Abbruch	2108	3.9	0.2	0.9	2.4	5.2	32.3	71.4	3.5	-	-	
Unbekannt	832	1.5	1.1	1.4	1.5	1.4	2.6	-	2.8	-	-	
Gesamt	54309	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Begründung des Abbruchs %												
Allgem. -med. Indikation	15756	100	1.1	16.1	39.6	32.9	3.7	0.0	6.5	-	-	
Psychiatrische Indikation	4171	100	1.6	23.8	34.4	30.2	4.5	-	5.4	-	-	
Eugenische Indikation	2348	100	0.8	16.4	36.0	29.9	10.8	0.5	5.7	-	-	
Ethische Indikation	79	100	2.5	20.3	36.7	35.4	1.3	-	3.8	-	-	
Soziale Indikation	31358	100	1.2	19.0	39.1	34.7	1.0	0.0	5.1	-	-	
Unbekannt	597	100	1.2	13.4	38.2	29.1	2.0	-	16.1	-	-	
Gesamt	54309	100	1.2	18.3	38.8	33.5	2.5	0.0	5.7	-	-	

5. Art des Eingriffes

Auf dem Zählblatt ist von dem meldepflichtigen Arzt nur diejenige Eingriffsart anzugeben, die den Abbruch direkt bewirkt hat. Maßnahmen zur Vor- und Nachbehandlung werden nicht erfaßt.

Im Jahr 1977 kam die Vakuumaspiration in 48,1% und die Curettage in 43,3% der Fälle zur Anwendung. Medikamentös wurden 3,9% der Schwangerschaften abgebrochen. Schwere Eingriffe, wie die abdominale und vaginale Hysterotomie mußten nur bei 3,3% der betroffenen Frauen vorgenommen werden. Das Verhältnis der Vakuumaspiration zur Curettage war 1976 mit 32,7% zu 57,7% angegeben.

6. Komplikationen

Bei den in der Statistik nachgewiesenen Komplikationen handelt es sich um solche, die der abbrechende Arzt selbst festgestellt hat und die im Kausalzusammenhang zu dem Abbruch stehen, also nicht ein Grundleiden oder eine Nachbehandlung, bzw. Sterilisation zur Ursache hatten. Es ist jedoch zu vermuten, daß diese Abgrenzung nicht immer eingehalten werden konnte, z.B. dann nicht, wenn gleichzeitig ein Abbruch und eine Sterilisation erfolgten. Da Mehrfachangaben hier zugelassen sind, bezieht sich die statistische Auswertung einmal auf Frauen mit einer oder mehreren Komplikationen und zum anderen auf die Zahl der Komplikationsfälle.

In Tabelle 10 sind die Komplikationsfälle aufgeführt, die wegen der Mehrfachkomplifikationen höher sind als die Anzahl der Frauen mit beobachteten Komplikationen.

1977 wurden 2144 Frauen mit ermittelten Komplikationen gemeldet, die damit in 3,95% aller Schwangerschaftsabbrüche auftraten. Im Rumpfjahr 1976 lag die Komplikationsrate mit 5,83% noch wesentlich höher. Die Zahl der Komplikationsfälle betrug 1977 2512, d.h. daß bei jeder 7. Frau mit Komplikationen Mehrfachkomplifikationen

vorkamen.

Zu den häufigsten Komplikationen zählen Nachblutungen (29.6%), Fieber über 38 Grad C (19.2%) und Blutverlust (mehr als 500 ml (12.5%).

Infektionen und Entzündungen (Allgemeininfektionen, Salpingitis, Parametritis) machten zusammen 18% der Komplikationsfälle aus. Auf Cervixriß und Uterusperforation entfielen 14.1%. Die sonstigen Komplikationen (Thrombose - Embolie, Narkosezwischenfall und Tod) betrugen zusammen 3%.

Das Risiko für Komplikationen nimmt nach den Ergebnissen der Statistik mit Dauer der Schwangerschaft zu. Von den Schwangerschaftsabbrüchen, die nach einer Schwangerschaftsdauer unter 6 Wochen vorgenommen wurden, wiesen nur 2.9% eine Komplikation auf. Bei einer Schwangerschaftsdauer zwischen 13 und 23 Wochen waren es dagegen 13.8%.

Auch die Bedeutung der einzelnen Komplikationsarten verschieben sich je nach Schwangerschaftsdauer. Wie aus den Meldungen hervorgeht, kommen bei den Abbrüchen nach relativ kurzer Schwangerschaftsdauer hauptsächlich Nachblutungen und Fieber über 38 Grad C vor. Mit zunehmender Dauer geht der Anteil dieser Komplikationen zurück und der Anteil anderer Komplikationen, wie hoher Blutverlust, Cervixriß und Uterusperforation, nimmt zu. Dies dürfte mit den bei längerer Schwangerschaftsdauer notwendig werdenden schweren Eingriffen zu tun haben. Mit der Schwere des Eingriffs erhöht sich auch das Komplikationsrisiko. Bezieht man die Komplikationsfälle auf 1000 Schwangerschaftsabbrüche der jeweiligen Art des Eingriffs, so wird deutlich, daß die Vakuumaspiration das niedrigste Risiko aufweist (36.2%). Darüber lagen die Curettage mit 48.3%, der medikamentöse Abbruch mit 71.2%, die vaginale Hysterotomie mit 83.9% und die abdominale Hysterotomie mit 99.1%. Am höchsten ist das Risiko bei der Hysterektomie mit 203 Komplikationsfällen je 1000 Abbrüche dieser Art. Bei jeder 5. Hysterektomie trat also

eine Komplikation auf. Dabei handelt es sich überwiegend um Fieber über 38 Grad C, Allgemeininfektion und Blutverlust.

Nachblutungen standen bei der Curettage, der Vakuumaspiration und dem medikamentösen Abbruch im Vordergrund.

Die Uterusperforation rangierte bei Komplikationen nach einer abdominalen Hysterektomie an erster Stelle; bei der vaginalen Hysterektomie kam es dagegen vor allem zu Fieber über 38 Grad C.

Tabelle 11 :

Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach der Art des Eingriffs und Komplikationen je 1000 Abbrüche der jeweiligen Art des Eingriffs.

Komplikation	Gesamt	Davon nach Art des Eingriffs						Hysterektomie	medikament. Abbruch	unbekannt
		Curettage	Vakuumaspiration	vaginale Hysterektomie	abdominale Hysterektomie					
Cervixriß	2.6	2.9	2.0	2.4	1.8	3.8	5.7	3.6		
Uterusperforation	4.0	4.2	2.7	14.4	33.0	22.7	0.9	3.6		
Blutverlust (500 ml)	5.8	4.5	5.0	9.6	18.3	40.4	13.8	1.2		
Blutübertragungen	1.6	1.5	0.8	7.2	12.6	17.7	1.4	-		
Nachblutungen	13.7	16.6	11.3	7.2	1.8	11.3	16.1	16.8		
Allgemeininfection	2.1	1.3	1.7	2.4	5.5	36.6	1.9	2.4		
Fieber über 38 °C	8.9	8.2	7.1	33.6	14.7	58.0	14.7	7.2		
Salpingitis	3.7	4.2	3.1	2.4	-	-	10.0	2.4		
Parametritis	2.6	3.6	1.5	2.4	5.5	5.0	2.8	1.2		
Thrombose-Embolie	0.9	0.9	0.8	2.4	1.8	2.5	2.8	-		
Narkosezwischenfall	0.3	0.4	0.2	-	1.8	1.3	0.9	-		
Tod	0.1	0.1	0.1	-	1.8	3.8	-	-		
Insgesamt	46.3	48.3	36.2	83.9	99.1	203.0	71.2	38.5		

7. Postoperativer Aufenthalt

Rund 85% der 1977 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche werden im Krankenhaus vorgenommen, die restlichen 15% in einer gynäkologischen Praxis. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in gynäkologischen Praxen hat sich gegenüber dem Rumpfbjahr 1976 verzehnfacht, weil vermehrt niedergelassene Ärzte zum Schwangerschaftsabbruch zugelassen werden.

Da die stationäre Aufenthaltsdauer für die Statistik postoperativ definiert ist, wird die stationäre Behandlung eines Grundleidens vor oder nach dem Eingriff nicht berücksichtigt. Auch der Tag des Eingriffs ist nicht mitzuzählen. Bei gleichzeitiger Sterilisation läßt sich die nur durch den Abbruch bewirkte Aufenthaltsdauer nicht erfassen. Wie Tabelle 12 zeigt, ist 1977 mehr als jeder 5. Abbruch (21,3%) ambulant in einer gynäkologischen Praxis (ca. 15%) oder im Krankenhaus (ca. 6%) vorgenommen worden. In weiteren 21% der Fälle verweilten die Frauen 1 bis 3 Tage im Krankenhaus, in knapp der Hälfte der Fälle (47%) betrug die Verweildauer 4 bis 7 Tage, bei rund 11% lag sie darüber. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 5,69 Tage, wobei die Fälle mit Entlassung am Tage des Eingriffs nicht mitgerechnet sind. Die Aufenthaltsdauer ist in hohem Maße von der Art des Eingriffs bestimmt.

Bei der Vakuumaspiration ist sie am niedrigsten (5,07 Tage), bei medikamentösem Abbruch entspricht sie dem Durchschnitt (5,69 Tage) und bei der Hysterektomie ist sie mit 15,1 Tagen am höchsten.

Tabelle 12 :

Schwangerschaftsabbrüche 1977 nach der Art des Eingriffs
Aufenthaltsdauer

Aufenthaltsdauer in Tagen	Gesamt	Curettag	Vakuu- aspiration	vaginale Hystero- tomie	abdomi- nale Hyste- rotomie	Hysterek- tomie	medika- ment. Abbruch	unbe- kannt
	Anzahl	%						
0	11585	21.3	17.1	26.9	6.7	-	3.5	32.2
1	1034	1.9	1.3	2.5	0.5	0.4	2.6	1.3
2	3306	6.1	6.5	6.3	4.1	0.4	4.1	2.8
3	7043	13.0	11.9	14.5	4.3	0.6	16.3	12.5
4-7	25507	47.0	52.1	44.1	13.7	11.2	60.4	41.7
8-14	4651	8.6	9.3	5.2	37.4	53.6	11.9	8.5
15-20	941	1.7	0.8	0.5	26.4	27.3	0.8	0.7
21-28	211	0.4	0.2	0.1	6.7	5.7	0.3	0.2
29 und mehr	31	0.1	0.0	0.0	0.2	0.9	0.1	-
Insgesamt	54309	100	100	100	100	100	100	100
Ø Aufenthaltsd. in Tagen	5.7	x	5.6	5.1	12.3	13.0	5.7	5.7

Das im Anhang aufgeführte statistische Material entstammt dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden aus der Fachserie 12, Reihe 3, Gesundheitswesen, Schwangerschaftsabbrüche 1976 und 1977. (s. auch Literaturverz.)

D. Zusammenfassende Erörterungen

Am 21. 6. 1976 trat das neue Gesetz zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruches in Kraft. Der Gesetzgeber bezeichnete dieses Gesetz schon als Kompromiß, weil es wegen der mit dem Thema verbundenen Emotionalität und auch der verschiedensten Standpunkte wegen nicht die Klarheit schaffen konnte, die offensichtlich zuerst angestrebt wurde: nämlich die Fristenlösung, bei der der Schwangerschaftsabbruch bis zu einer gewissen Wochenzahl uneingeschränkt freigegeben werden sollte.

Auf dem Boden dieser zum Teil Unzufriedenheit, zum Teil Unsicherheit wartete man erst einmal ab. Es taten dies die Ärzte, Theologen, Berater und auch der Gesetzgeber selbst. So groß die Flut der Diskussionsbeiträge vor der Verabschiedung war, so groß war das Stillschweigen nach dem Juni 1976. Alle "Parteien" zogen sich zurück und warteten ab, was erste Zahlen und Erfahrungen zutage fördern würden.

Jetzt liegen erstmals Zahlen und Erfahrungsberichte über das Rumpfsjahr 1976 und das Jahr 1977 als erstes vollständiges vor. Zu den Zahlen ist zu bemerken, wie schon vorhergesagt, daß sie alle in einer Hand zusammenlaufen und dementsprechend alle von einer Hand veröffentlicht werden, nämlich vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden.

Und so kommt es nicht von ungefähr, daß sich die erneut aufgebrannte Diskussion sich, unabhängig von den mittlerweile noch verhärteten Standpunkten, immer wieder daran entzündet, ob das Zahlenmaterial der Richtigkeit entspricht. Es gibt schließlich keine Vergleichsmöglichkeit. So bietet das Zahlenmaterial den einen zu wenig Einschneidendes, den anderen erscheinen die Zahlen zu niedrig.

Man findet nur die eine Zahl von exakt 54309 legalen Schwangerschaftsabbrüchen im Jahre 1977. Auf dieser alleinigen Basis gilt es, alle weiteren Überlegungen anzustellen.

Es heißt, daß das neue Gesetz in erster Linie der Familienplanung und Familienentlastung dienen soll, also hauptsächlich der verheirateten, überforderten Frau, die selbst wie auch ihre Familie die erneute Schwangerschaft nicht mehr verkraften kann.

Heute stellt sich das Problem so dar, daß die Rate der geschiedenen Frauen (bezogen auf 100.000 Frauen), die einen Abbruch vornehmen lassen, etwa um 135% höher liegt als bei den ledigen, verheirateten und verwitweten Frauen. Dieser Vergleich ist durchführbar bei allen Bundesländern - die Relationen ändern sich nicht.

Da zu erwarten ist, daß nach dem neuen Ehescheidungsgesetz die Rate der geschiedenen Frauen in der Bundesrepublik noch ständig steigen wird, kann man diese Frauen wahrscheinlich direkt als Zielgruppe betrachten für die ohnehin dringend erforderliche Aufklärung über kontrazeptives Verhalten. Die psychologischen Ursachen zu eruieren dürfte mit Sicherheit von enormer Bedeutung sein. Sie werden mit zu suchen sein in der gescheiterten Partnerschaft, sowohl in der Ehe als auch danach.

Wenn man, wie so oft geschehen, häufig wechselnde Partnerschaften auch den ledigen und, wenn auch in geringerem Maße, den verwitweten Frauen, zuschreibt, so sollte man doch mit Recht bezweifeln, ob diese Gruppen eher geneigt sind, ein Kind großzuziehen, also auch weniger Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen. Man sollte eher vermuten, daß die Ursachen in mangelhaftem kontrazeptivem Verhalten liegen.

Zur Begründung des Antrages sei noch vermerkt, daß von 100.000 geschiedenen Frauen 454,7 unter der sozialen Indikation abrechnen ließen, aber von 100.000 verwitweten Frauen nur 69,6. (s. auch Tabelle 9)

Bezogen auf 100.000 Frauen liegt der Anteil der 25-30-jährigen am höchsten mit 571,0 Abbrüchen.

Die Gruppe der bis 18-jährigen mit 72,3 Abbrüchen liegt demgegen-

über mit am niedrigsten. Es liegen hierzu recht interessante Vergleichszahlen vom Jahre 1976 aus der DDR vor. Der Inhaber des Lehrstuhles für Sozialhygiene an der Universität Rostock, Mehlaul teilte mit, daß von den in der DDR im Alter von 15-19 Jahren lebenden 661,576 Mädchen 10,993 einen legalen Schwangerschaftsabbruch (seit 1972 in der DDR legalisiert bis zum dritten Monat) vornehmen ließen. (Frankfurter Allgemeine Zeitung/1978)

Auf 100,000 Mädchen dieses Alters entfielen also 1640,1 Abbrüche, das sind 2168,5% mehr als in der Bundesrepublik. Welches psychologische Verhalten diesen Zahlen zugrunde liegt, gehört in den Bereich der Spekulation und übersteigt den Rahmen dieser Arbeit. Fest steht allerdings, was Mehlaul sagt:

" Es klingt zwar komisch, aber je jünger die Mädchen sind, um so weniger glauben - nicht wissen - sie, daß sexuelle Beziehungen etwas mit Schwangerschaft zu tun haben. " Dasselbe trifft auch für die Mädchen in der Bundesrepublik zu. Laut Mehlaul herrsche bei den Jugendlichen noch ein ungenügendes Wissen über fruchtbare und unfruchtbare Tage im Zyklus und über nicht hormonelle Verhütungsmittel vor. Eltern und Lehrer verzichteten oft darauf, die jungen Leute zu informieren.

Der Kernpunkt des Gesamten Problemkreises " Schwangerschaftsabbruch " liegt immer wieder bei mangelhafter Aufklärung und dem daraus resultierenden fehlerhaften kontrazeptiven Verhalten. Ist es nicht möglich, allein mit Aufklärung die Bevölkerung in positiver Weise zu beeinflussen, so sollte an nächster Stelle Folgendes stehen, wie Runte (1978) sagt:

" Was wir tun müssen, sachlich, aber mit aller Deutlichkeit, aufklären, auf was sich eine Frau einläßt, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen will. Das Wissen um die Entstehung eines eventuell zeitlebens weiterbestehenden Konfliktes wird möglicherweise die Sorgfalt bei der Antikonzeption erhöhen.

Immerhin konnte Runte aus seinem Zahlenmaterial nachweisen, daß jede 4. Frau Probleme hat, den Schwangerschaftsabbruch ohne langfristige, tiefe seelische Störung zu verarbeiten.

Neben den Störungen seelischer Art sind es vor allem die Komplikationen, die den Eingriff aus dieser Hinsicht schon nicht als Alternative zur Antikonzeption zulassen, ganz abgesehen von der Tatsache, daß ein Mensch vernichtet werden muß.

1977 wurde festgestellt, daß bei jeder 7. Frau mit Komplikationen diese in mehrfacher Weise auftraten. Bei der Gesamtzahl von 54.309 Schwangerschaftsabbrüchen kam es in 3,9% der Fälle, das sind 2144, zu Komplikationen. Allerdings meldet die Universität Mannheim, daß schon bei 20 von 200 behandelten Frauen eine oder mehrere Frühkomplikationen auftraten.

Mit der Dauer der Schwangerschaft steigt verständlicherweise auch das Komplikationsrisiko.

Mehlau warnte eindeutig vor der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch im jugendlichen Alter.

Die mit einem Abbruch verbundenen Komplikationen seien bei Jugendlichen größer als etwa bei älteren Frauen. Die Sterilitätsrate steige und außerdem könne bei einem so frühen Eingriff auch eine Neigung zu Früh- und Fehlgeburten bei einer später gewünschten Schwangerschaft entstehen.

Es kann und darf also niemals so weit kommen, daß der Abort zum Alltag der Frauen gehört. So geschehen in Rumänien nach völliger Freigabe des legalen Schwangerschaftsabbruches.

Die Frauen und Mädchen auf all dies hinzuweisen, ihnen Unterstützung zu geben und einer Entscheidung zuzuführen, ist die Aufgabe der Beratungsstellen. Die Entscheidungshilfe soll die dem Abbruch geeigneten Frau in keiner Weise beeinflussen, nur insoweit, als sie Gedankenanstöße gibt, die manchmal vermeintliche " schwere Notlage " etwas gemilderter zu sehen und doch noch " ja " zum Kind sagen zu können.

Auch dies ist in meinen Augen Familienplanung, nicht nur " der Versuch, mit geeigneten Mittel die Zahl der eigenen Kinder und den Zeitpunkt ihrer Geburt zu bestimmen ". (Heinrichs/1978) Der Gedanke der Familienplanung hat auch Aufnahme gefunden in den Katalog der grundlegenden Menschenrechte, als ein Konzept der Selbstbestimmung, der freien, verantwortlichen Entscheidung des Einzelnen unterliegend. Organisationen der Familienplanung als gemeinsame Vertretung haben somit im Volk eine gesellschaftspolitische Aufgabe:

" Durch geltendes Recht ist diese Selbstbestimmung insofern eingeschränkt, als sie unter Bedingungen gestellt ist (Indikationenlösung). Dabei ist es im wesentlichen nur die Bedingung der " schwerwiegenden Notlage ", deren Feststellung mit dem Grundsatz der Selbstbestimmung in Konflikt geraten kann. Ob eine " schwerwiegende Notlage " vorliegt, ...kann letzten Endes die betroffene Frau immer nur selbst feststellen. Beurteilt eine Frau nach vorgeschriebener Beratung ihre Situation als eine schwerwiegende Notlage, so kann die Indikationsstellung durch einen Arzt nur darin bestehen, diesen Umstand zu konstatieren. Und man sollte einem Arzt oder einer Beratungsstelle nicht unterstellen, aufgrund höherer Einsichten von sich aus feststellen zu können, ob eine Notlage ausreichend schwerwiegt oder nicht. Der Vorwurf, hierdurch die vom Bundesverfassungsgericht verworfene " Fristenlösung " wieder einführen zu wollen, verfängt nicht. Denn der Gesetzgeber hat das Prinzip der Selbstbestimmung dadurch bestätigt, daß er die " schwerwiegende Notlage " nicht inhaltlich bestimmt hat.

.... geht man von der allseits bestätigten Tatsache aus, daß ein entschiedener Entschluß, ... auch ausgeführt wird, so ist mit einer Erschwerung der Indikationsstellung nichts gewonnen, sondern es wird nur schwerer Schaden gestiftet. " (Heinrichs/1978)

Dem Verfasser ist ein Denkfehler unterlaufen, der nämlich, der die Gegner des Gesetzes auf den Plan ruft.

Familienplanung ist selbstverständlich ein Akt der Selbstbestimmung und in allen Teilen begrüßenswert, ja sogar erforderlich, sowohl im positiven wie auch negativen Sinne.

Handelt es sich dagegen bereits um eine Schwangerschaft, also um ungeborenes Leben, darf die Selbstbestimmung nicht mehr uneingeschränkt vertreten werden. Nur der gravierendste Schritt, die Verantwortung für die Kontrazeption, unterliegt der Selbstbestimmung.

Es geht nicht, erst wieder nach Selbstverantwortung zu rufen, wenn es zu " spät " ist. Das ist unfair und dient einseitigen Interessen, nämlich nur denen der Eltern und nicht auch denen des Kindes.

Der Slogan: " Jedes Kind hat ein Recht, erwünscht zu sein ", heißt noch lange nicht " Jedes Kind darf nur erwünscht sein ".

Überhaupt wird in den meisten Diskussionen unaufhörlich von den Rechten der Mutter, von ihrer Selbstbestimmung gesprochen, aber die Rechte des Ungeborenen werden nicht einmal erwähnt. Gerade dieses reformierte Gesetz ist doch unter dem Zeichen angetreten, werdendes Leben besser zu schützen.

Durch die sog. " soziale Indikation " sollte nicht, nur unter anderem Namen, die Hintertür zur Fristenlösung aufgesucht werden. Es steht wohl zweifelsfrei fest, daß es eine große Anzahl Frauen gibt, für die eine Schwangerschaft untragbar ist. Und trotzdem, da die Analysen eindeutig gezeigt haben, daß unter dem Begriff sozial meist synonym finanziell verstanden wird, sollte es doch möglich sein, an diesem Punkt einzugreifen. Die CDU Bundestagsabgeordnete Helga Wexs nannte es 1978 " ein moralisches Armutszeugnis " für die Familienpolitik der Bundesregierung, wenn in einem so reichen Land wie der Bundesrepublik immer mehr schwangere Frauen in eine " verzweifelte soziale Notlage " geraten seien. (Rheinische Post/1978)

Dieses Problem faßt jetze eine " Stiftung zum Schutz ungeborenen Lebens " (Rheinische Post, 1978) an, die vom Bayerischen Kabinett beschlossen wurde. Aus Mitteln dieser Stiftung sollen solche Frauen

rasch und unbürokratisch finanzielle Soforthilfen erhalten, die aus materieller Not zum Schwangerschaftsabbruch gedrängt würden. Mit umfangreichen Mitteln soll auch jungen Familien sowie unverheirateten Frauen geholfen werden.

Auch die Kirchen bieten Hilfen an, allerdings wird ihnen oft vorgeworfen, sie brächten die Frauen, die eine Beratung über den Schwangerschaftsabbruch wünschten, in noch größere, tiefere Konflikte. Wenn das tatsächlich so ist, daß die Beratung, auf der Basis einer Bejahung des Kindes, den Frauen nicht zumutbar ist, dann fragt man sich überhaupt nach dem Sinn der Beratung. Die Kirche zumindest steht auf dem Standpunkt, daß ein Sozialstaat, der seine Funktion in der Tötung ungeborenen Lebens und nicht im Schutz der Familie und der Kinder sieht, an seiner Aufgabe vorbeigeht.

(Panzer/1972)

Aber auch, wenn man davon absieht, daß in unserem Staat noch immer zu wenig soziale Hilfe denen zuteil wird, die sie dringend benötigen, drängt sich die Frage auf, ob die " soziale Indikationsstellung " nicht sowieso nur Tarnung ist.

Das " Nein " zum Kind beruht vielmehr ursächlich auf anderen Gründen. Mayer, ein Gynäkologe, sagt das so: Ein Volk ist soviel wert, als seine Frauen bereit sind, Mütter zu sein. Die gegenwärtige Unlust zum Kinde ist eine Weltkrankheit und eine Heilung sehr schwer. Als Heilmittel kommen in Betracht: 1. Zurückgewinnung der verloren gegangenen Ehrfurcht vor dem keimenden Leben, 2. die Bereitschaft, trotz gesteigertem Lebensstandard wirtschaftliche Opfer zu bringen.

Nur zu leicht kann es sein, daß das zu erwartende Kind eine allzu große soziale und wirtschaftliche Last bedeutet. Und trotzdem, die Grenze, wann eine soziale und wirtschaftliche Last unzumutbar wird, ist in unserer Wohlstandsgesellschaft schwer festzulegen, da vielen unzumutbar erscheint, was normal zumutbar ist. Das gesamte Problem stellt Guardini (1977) bildlich dar:

" Wer eine Familie von weiterer Einengung ihrer Lebens- und Nahrungsmöglichkeiten befreit, indem er das werdende Leben tötet, hat im Augenblick geholfen; für die Dauer und auf das Ganze gesehen, hat er die Not größer gemacht. Er hat das gleiche getan wie einer, der, um heizen zu können, die Balken aus dem Hause bricht. Im Augenblick ist es warm, aber das Haus stürzt ein ".

Betrachtet man die sinkende Geburtenzahl insgesamt, so stellt sich die Thematik in ihrer ganzen Größe dar. Man hat z. B. errechnet, daß allein in NRW bis 1990 die Gruppe der 6 bis 19 jährigen von derzeit 3,56 Mio. auf 2,15 Mio. sinkt - ein Rückgang um 40%.

Aus diesem Grunde muß ein Anreiz geschaffen werden, " ganz neue Instrumentarien erdacht werden ", um die Geburtenzahlen wieder anzuheben. Die Auswirkungen allein auf die Bildungs- und Rentenpolitik - viel zitiert - werden bekanntermaßen verheerend sein. In einer solchen bevölkerungspolitischen Lage ist es kaum vertretbar, daß Verfahren zur Realisierung des Schwangerschaftsabbruchs weiter zu simplifizieren.

" Probleme, wie die von uns erwogenen, (§ 218 Anm.) müssen auf das Ganze und die Dauer des Daseins von Familie und Volk hin gesehen werden, sonst macht man Flickarbeit. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß eine Denkweise, welche die " soziale Indikation " bejaht, die Kräfte des Charakters wie die Initiative des Lebens lähmt ". (Guardini, 1977)

Auf der Basis dieser Denkweise kann es dann zu solchen Kuriositäten kommen, - wie es in England geschehen - daß ein Mann gegen seine Frau, die Mutter ihres gemeinsamen ungeborenen Kindes, prozessiert und versucht, mittels einer Einstweiligen Verfügung eine Abtreibung zu verhindern. Da der Richter fand, das Kind habe keine eigenen Persönlichkeitsrechte, bevor es geboren sei, gab er der zum Abbruch entschlossenen Frau Recht und entschied den Prozess gegen den Vater (25. Mai 1978).

Insgesamt zeigt sich bei eingehender Betrachtung des vorliegenden Materials, daß doch in erster Linie versucht werden sollte, die Aufklärung der Bevölkerung mit allen Mitteln vorwärts zu bringen, um zu verhindern, daß nach der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches die Kurve der Abbrüche immer weiter steigt, was letztendlich einen verheerenden Einfluß auf die Bevölkerungsstruktur in unserem Land haben wird.

Wenn es zur unerwünschten Schwangerschaft gekommen ist, nützen weder das Angebot eines Abbruches auf sozialer Indikationsbasis oder völlig unzureichende Mittel finanzieller Art, sondern es muß der Anreiz gegeben werden, das Kind zu bejahen. Das muß geschehen auf der Basis einer ausreichenden finanziellen Hilfe, durch die Hinwendung zum Kind, der Bereitschaft, das Kind großzuziehen, es als natürlichen Bestandteil der Gesellschaft anzusehen.

Enden möchte ich mit einem Zitat von Romano Guardini: Man fordert das Recht zu dem hier erörterten Eingriff (Schwangerschaftsabbruch Anm.) um der Freiheit und der Entfaltungsmöglichkeit des Lebens willen: die Endbilanz wird die Auslieferung des Lebens an die Selbstsucht des Einzelnen und an die Zwecke des Staates ergeben. Und es wäre Zeit, allerhöchste Zeit, daß wir sehen lernten, was Konsequenzen sind. Wir haben doch erfahren, was es bedeutet, wenn man doch erst dieses, dann jenes, dann ein Drittes zugibt, jedesmal mit der Begründung, man könne nicht anders, jedesmal mit der Selbstberuhigung, das Schlimmste werde nicht eintreten, bis das Schlimmste auf einmal da war. Jede Antastung der Person, vollends wenn sie unter Billigung durch das Gesetz geschieht, bereitet den totalitären Staat vor.

Ob man nun seiner Ansicht ist oder nicht, auf jeden Fall zwingt dieser Ausspruch zum Nachdenken.

E. Literaturverzeichnis

Aquin, Thomas von, : Summa theologica I/II 96,2

Barthel, Stockhammer, Stampehl : Erfahrungsbericht über
200 Schwangerschaftsabbrüche. Med. Welt Bd. 29/Heft 1 78

Büchner, Franz : Die Entwicklung des Embryos bei normalem und
gestörtem Stoffwechsel.
Vorlesung 26.1.72

Büchner, Franz : Die Frühentwicklung des menschlichen Embryos
in der Sicht des Keimstoffwechsels. Zeitschrift für das gesamte
Familienrecht. Jahrgang 20, 1973, S. 166 ff.

Brody, H., S. Meikle und R. Gerritse : Therapeutic abortion:
A prospective study. Amer. J. obstet. Gynec. 109, 347 - 353. 1971

Bundesgerichtshof - Strafsenat : 6,52 (BGHST)

Bundesgesundheitsblatt 21, Nr. 3, 3. Februar 1978

Degenhard, B. : § 218 im Streit, in: Deutsches Ärzteblatt, 9.12.71,
S. 3360

Derbolowski, U. : Vortrag vor dem Strafrechtsausschuß des
Deutschen Bundestages (1972)

Die Deutschen Bischöfe, : Zur Novellierung des § 218, 7. Mai 1976

Döring, G.H. : Zum Abtreibungsproblem, Medizin heute, 13, 1971

Dokumentation des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesund-
heit, 10. Februar 1978

Eicher, Herms in H. Lau : Indikationen zum Schwangerschaftsab-
bruch (1977)

Ernst, S. : Novellierung des § 218, Deutsches Ärzteblatt, Heft 25,
22. Juni 1978

Fromm, E. : Interview mit der Kath. Nachrichten-Agentur, 1972

Frankfurter Allgemeine Zeitung : Auch in der DDR ist manche
Mutter zu jung. Schwangerschaft bei Jugendlichen, 19. November 1978

Gruner + Jahr : § 218, so könnten es Frauen leichter haben.
Heft 20/1977

Guardini, Romano : § 218, das Recht des werdenden Lebens, 1977.
Presseamt des Erzbistums Köln.

Greve, W. : Psychiatrische Aspekte des Schwangerschaftsabbruches.
Die Berliner Ärztekammer 1, 11-17 (1974)

Heinrichs, J. : Schwangerschaftsabbruch und institutionelle Familien-
planung. Sexualmedizin 11/1978

Hoffmann, K. : Probleme aus der gynäkologischen Praxis bei der
Schwangerschaftskonfliktberatung. Pro familia Information,
Februar 1977.

Höffner, J. Kardinal : Nicht töten, sondern helfen, 1977

Huber, A. : § 218 - im 2. Jahr nach der Reform.
Moderne Medizin 6 (1978)

Information des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesund-
heit : Strafrechtliche Neuregelung über Schwangerschaftsabbrüche.
6. Juni 1977.

Kirche in der Welt : Band 51

Lexikon für Theologie und Kirche, VII, 626.

Medico - theologische Anmerkungen zum Problem der Humanonto-
genese, in: Gott in Welt, Festgabe für Karl Rahner, Band 2, 1964,
Seite 857, 875.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport : Auswirkungen der
Neufassung des § 218 STGB in Rheinland-Pfalz. Beiträge zur Gesell-
schaftspolitik, 11. November 1976.

Müller-Emmert, A. : Öffentlich-rechtlicher Anspruch der Schwange-
ren aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutsches Ärzte-
blatt, Heft 20, 19. Mai 1977.

Panzer, K. : § 218 Schwangerschaftsabbruch, eine Dokumentation.
Seite 270. Köln, Bachem KG, 1972.

Petersen, Peter : Seelische Folgen nach legalem Schwangerschafts-
abbruch, Deutsches Ärzteblatt, Heft 18, 5. Mai 1977.

Pincus, u. a. : Fertility control with oral medication. In : Amer.
J. Obstet Gynec. 75, 1333 (1958)

Poettgen, H. : Schwangerschaftskonfliktberatung bei der Notlagen-Indikation. Deutsches Ärzteblatt, Heft 8, 24. Februar 1977.

Priew, J. und Handlötgen, G. : Abtreibung, ein Gesetz wird durchlöchert. Warum der neue § 218 nicht halten kann, was er schwangeren Frauen in Not verspricht. Sternmagazin Nr. 31 / 22, Juli 1976

Pro familia : Vor der Entscheidung steht die Beratung. Informationsbroschüre 1977.

Pro familia : Schwangerschaftskonfliktberatung. Informationsbroschüre November 1977.

Pro familia : Schwangerschaftskonfliktberatung aus europäischer Sicht und Schwangerschaftsabbruch und Familiengesundheit. Information 1976.

Ptasnik, H. : Schwangerschaftskonflikte, in : S. Keil Hrsg. Familien- und Lebensberatung. Schwangerschaftskonflikte vor einem ungünstigen sozialen Hintergrund (1977)

Reineck, M. : Novellierung des § 218. Deutsches Ärzteblatt, Heft 25, 22. Juni 1978.

Rheinische Post : 1600 Frauen ließen abtreiben: Sozialmedizinische Familienberatungsstelle überlastet. 11. Mai 1978.

Rheinische Post : Schwangerschaft und ihre Konflikte. 11. Oktober 1978.

Rheinische Post : Bayerische Stiftung zum Schutz des ungeborenen Lebens beschlossen. 26. April 1978.

Rheinische Post : Keine Abtreibungskliniken geplant. 22. August 1978.

Runte, K. P. : § 218 nach der Reform. Erfahrungsbericht eines Arztes. Verlag Kiepenheuer & Witsch. 1978

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz zur Neuregelung des § 218, Bonn 1976.

Schmitt-Schick : Weiterbildungsanforderungen für Schwangerschaftskonfliktberatung. Pro familia Information November 1977.

Statistisches Bundesamt : Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 3, Schwangerschaftsabbrüche, 1976, Verlag : W. Kohlhammer GmbH Stuttgart und Mainz.

Statistisches Bundesamt : Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 3, Schwangerschaftsabbrüche 1977, Verlag : W. Kohlhammer GmbH Stuttgart und Mainz.

Stoll, P. und Sievers, S. : Versuch einer Handhabung der neuen gesetzlichen Regelung zum § 218.
Fortschritt der Medizin 94. Jg., 1976 Nr. 27.

Stoll, P. und Sievers, S. : Vorgehen beim Schwangerschaftsabbruch, Versuch Mannheim.
Fortschritt der Medizin 94. Jg., 1976 Nr. 27.

Tietze, C. : M. D. Population Council, New York 1977
Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, Februar 1978.

Trube - Becker : Abtreibung mit Todesfolge.
Medizinische Klinik, 69, 1974, 897 - 905.

Trube - Becker : Töten - Aufgabe des Arztes?
Medizinische Klinik, 71, 1976, 786 - 788.

Wiehler, H. : Psychiatrische Erfahrung bei der Begutachtung beantragter Schwangerschaftsabbrüche 1977.

Wolff, U. : Schwangerschaftsabbruch: Sorgenkind deutscher Sozialpolitik.
Der deutsche Arzt, Nr. 18 - 1977.

Wolff, U. : Ist die Reform des § 218 gescheitert ?
Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, 9. Februar 78.

Wolff, U. : Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht.
Verlag Walter de Gruyter 1973

Wolters, G. : Komplikationen nach ambulant durchgeführter Interruptio. Fortschritt der Medizin, 94. Jg., 1976 Nr. 27.

Lebenslauf

Am 11. April 1951 wurde ich als einziges Kind der Eheleute Dr. med. Walter Kölzer und seiner Ehefrau Gudrun, geb. Bellicke, in Düsseldorf geboren.

Von 1957 bis 1961 besuchte ich die Katholische Volksschule an der Bernburger Straße in Düsseldorf - Eller und wechselte danach auf das neusprachliche Mädchengymnasium Annette - von - Droste - Hülshoff - Schule in Düsseldorf - Benrath. Am 12. Juni 1969 legte ich dort mein Abitur ab.

Im Wintersemester 1969/70 begann ich an der Universität Münster das Studium der Physik und Chemie. Ab Wintersemester 1972 studierte ich Medizin an der Universität Düsseldorf, wo ich im März 1975 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Anschluß daran studierte ich an der Universität Bonn Zahnmedizin, und legte dort im März 1976 die zahnärztliche Vorprüfung ab.

Ab Wintersemester 1976/77 Fortsetzung des Studiums der Zahnmedizin an der Universität Düsseldorf, wo ich am 6. Oktober 1978 die zahnärztliche Prüfung bestand. Seit Dezember 1978 arbeite ich als Assistenzzahnärztin.

Seit dem 25. November 1972 bin ich mit dem Betriebswirt Peter Strosek verheiratet.

